БЕЛАРУСКАЯ АКАДЭМІЯ НАВУК
ПСЫХО-НЭЎРОЛЁГІЧНЫ ІНСТЫТУТ

ЗБОРНІК ПРАЦ ПСЫХО-НЭЎРОЛЁГІЧНАГА ІНСТЫТУТУ

ВЫДАВЕЦТВА БЕЛАРУСКАЙ АКАДЭМІІ НАВУК
МЕНСК — 1933

WHITE-RUSSIAN ACADEMY OF SIENCES
THE INSTITUTE OF PSYCHO-NEUROLOGY

A COLLECTION OF WORKS OF THE PSYCHO-NEUROLOGICAL INSTITUTE

(Results of the conference of Psycho-Neurologists according to the scheme of the 2-nd Five-Year Plan development of Psycho-Neurology in W.-R. USSR)

MINSK—1933

БЕЛАРУСКАЯ АКАДЭМІЯ НАВУК
ПСЫХО-НЭЎРОЛЁГІЧНЫ ІНСТЫТУТ

ЗБОРНІК ПРАЦ
ПСЫХО-НЭЎРОЛЁГІЧНАГА ІНСТЫТУТУ

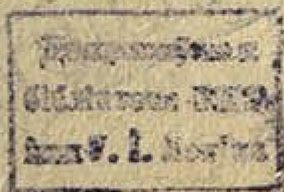
(Вынікі конфэрэнцыі псыхонэўролёгаў па складаньні 2-ой пяцігодкі разьвіцьця псыхо-нэўролёгіі ў БССР).



МЕНСК — 1933

Адказны рэдактар І. Д. Сапір.
Стыльрэдактар Н. Янчанка, Т. Кулакоў.
Тэхнічны рэдактар Ул. Сьвірыдаў.
Адказны корэктар Я. Раманоўская.

Здана ў друк 4/V 1933 г.
Вышла з друку 5/VII 1933 г.



ПРАДМОВА

І-я Ўсебеларуская конфэрэнцыя па псыханэўролёгіі, скліканая Інстытутам псыханэўролёгіі Беларускай Акадэміі Навук і Народным камісарыятам аховы здароўя ў Менску 28/V—31/V 1932 г., адбылася ў пэрыод асабліва напружанай работы партыйных, савецкіх і профэсыянальных організацый БССР над складаньнем карэнных кіруючых указаньняў па плянаваньні 2-й пяцігодкі ва ўсіх галінах социялістычнага будаўніцтва на аснове дырэктыў XVII Усесаюзнай партконфэрэнцыі і ЦК КП(б)Б. У адпаведнасьці з гэтым работа конфэрэнцыі была цалкам прысьвечана 2-й пяцігодцы псыханэўролёгіі БССР, плянаваньню розных бакоў псыханэўролёгічнай работы (социялістычная рэконструкцыя нэўрапсыхіятрычнай дапамогі і псыханэўролёгічнай навукі, падрыхтоўка кадраў псыханэўролёгаў, пытаньне курортнае справы і г. д.). Само сабою зразумела, што гэтая работа была непарыўна зьвязана з аналізам разьвіцьця псыханэўролёгічнай практыкі і тэорыі ў БССР за першую пяцігодку, з барацьбою на два фронты супроць клясавых скажэньняў, супроць рэвізіі марксызму-ленінізму на адпаведным участку фронту социялістычнага будаўніцтва. Конфэрэнцыя з асаблівай відавочнасьцю паказала, што толькі пры дыктатуры пролетарыяту і правільным правядзеньні ленінскай нацыянальнай політыкі партыі мы прышлі да такога разгортваньня псыханэўролёгічнай дапамогі і росквіту навуковай думкі, якія былі немагчымы ў царскай Расіі і зьяўляюцца недасягальнымі для краін капіталізму. Асабліва варта адзначыць організацыю такіх установаў, як Дзіфон, Нэрвовая і Псыхіятрычная клінікі, разгортваньне псыханэўролёгічных мэтодаў у Інстытуце організацыі і аздараўленьня працы, перабудову Магілеўскай псыхабольніцы на аснове ўжываньня актыўнай працоўнай тэрапіі, гаспразьліку і г. д. Аднак, на фоне дасягненьняў іншых участкаў социялістычнай аховы здароўя, асабліва з пункту погляду магчымасьцяў разьвіцьця ва ўмовах социялістычнага будаўніцтва, наша псыханэўролёгія, бязумоўна, зьяўляецца адным з адстаючых участкаў.

Конфэрэнцыя асабліва падкрэсьлівае якраз гэты бок справы і мобілізуе ўвагу на бальшавіцкае перамаганьне труд-

насьцяў росту. Конфэрэнцыя патрабуе чоткага выкананьня пастановы ЦК УсеКП(б) ад 1929 г. аб клясавым падыходзе да справы мэдабслугоўваньня, барацьбы за правядзеньне 6 указаньняў тав. Сталіна ў арганізацыі нэўра-псыхіятрычных установаў і навукова-дасьледчай работы па псыханэўролёгіі. Спэцыяльная ўвага была таксама ўдзелена пытаньню аб скарыстаньні дасягненьняў сусьветнай навукі і тэхнікі ў прыстасаваньні да нашай галіны, у сувязі з чым на конфэрэнцыі быў пастаўлены даклад аб фізыятрыі, а таксама аб пэрспэктывах курортнага будаўніцтва (адзін з важных дакладаў на гэтую тэму—якраз даклад акад. Бліодухо, нажаль, не ўвайшоў па тэхнічным прычынам у гэты зборнік). Крытыка дапушчаных раней політычных і тэорытычных памылак разгарнулася на конфэрэнцыі далёка недастаткова. Асабліва вельмі каштоўныя выступленьні самакрытычнага парадку кладуць толькі пачатак далейшай рабоце ў гэтым кірунку пад лёзунгам партыйнасьці навукі.

На конфэрэнцыі прысутнічалі і актыўна працавалі прадстаўнікі амаль усіх псыханэўролёгічных пунктаў БССР. Усе яны аднагалосна і зусім справядліва ўказвалі на адсутнасьць несыстэматычнай сувязі паміж цэнтрам і пэрыфэрыяй, на неабходнасьць наладзіць гэтую сувязь такім чынам, каб пад мэтодолёгічным кіраўніцтвам цэнтральных псыханэўролёгічных установаў тэорытычна абагульнялася практыка на мясцох, каб паступова падвышалася кваліфікацыя ня толькі доктарскага, але і дапаможнага складу работнікаў псыханэўролёгіі. Гэтай задачай будзе служыць і выданьне гэтага зборніку.

Матар'ялы конфэрэнцыі павінны быць абмеркаваны псыханэўролёгічнымі колектывамі на мясцох пры непасрэдным удзеле здраўячэек на прадпрыемствах.

У гэтай рабоце павінны быць з асаблівай увагай улічаны ўсе рашэньні партыі і ўраду, у прыватнасьці тыя з іх, якія зьявіліся ўжо пасьля нашай конфэрэнцыі і таму не знайшлі адбітку ў яе дакладах і рэзолюцыях. Так, напрыклад, далейшая распрацоўка пытаньняў аб арганізацыі падрыхтоўкі псыханэўролёгічных кадраў была-б політычна і практычна нікуды ня вартай, калі ў яе аснову не пакласьці гістарычную пастанову ЦВК СССР аб вышэйшай школе і тэхнікумах.

Наогул скарыстаньне матар'ялаў нашай конфэрэнцыі можа быць каштоўным толькі пры абавязковым уліку новага, што дае штодзённа практыка разгорнутага соцыялістычнага будаўніцтва пад кіраўніцтвам ленінскай партыі і яе правадыра тав. Сталіна.

Мы павінны нясупынна працаваць над тым, каб падняць практыку і тэорыю псыханэўролёгіі на ўзровень задач другой пяцігодкі, як яны даны ў гістарычных пастановах XVII Усесаюзнай партыйнай конфэрэнцыі і студзеньскага Пленуму ЦК і ЦКК. УсеКП(б).

РЭДАКЦЫЯ.

10/V—33 г.

І. Д. Сапір.

ПСЫХАНЭЎРОЛЁГІЯ Ў 2-Й ПЯЦІГОДЦЫ Ў СЬВЯТЛЕ ВЫКАНАНЬНЯ ДЫРЭКТЫЎ XVII УСЕСАЮЗНАЙ ПАРТКОНФЭРЭНЦЫІ[1]

(Уводная частка да пляну 2-й пяцігодкі па псыханэўролёгіі)

І. З дырэктыў XVII Усесаюзнай партконфэрэнцыі, 6 гістарычных умоў тав. Сталіна і пастаноў сакавіцкага Пленуму ЦК КП(б)Б адносна 2-й пяцігодкі па БССР выцякаюць для ўсёй аховы здароўя БССР і яе нэўра-псыхіятрычнай часткі ў прыватнасьці наступныя грунтоўныя задачы:

Удзел у барацьбе за ўсямернае падвышэньне продукцыйнасьці працы ў яе соцыялістычных формах, за хуткі рост матар'яльнага і культурнага узроўню рабочых і сялянскіх мас; у БССР барацьба па гэтай лініі азначае адначасна разьвязваньне задачы „зьнішчэньня экономічнай і культурнай адсталасьці, атрыманай у спадчыну ад царскага колёніяльна-капіталістычнага рэжыму“.

Барацьба за рашучае зьніжэньне, а ў адносінах раду вызначаных хвароб—за поўную ліквідацыю захворванасьці.

Садзейнічаньне максымальнай пасьпяховасьці політэхнічнага выхаваньня ў соцыялістычнай школе.

Садзейнічаньне падвышэньню абароназдольнасьці СССР.

II. Важнейшай асаблівасьцю соцыялістычнай аховы здароўя ў барацьбе за асноўную політычную і гаспадарчую ўстаноўку XVII партконфэрэнцыі зьяўляецца кірунак яе галоўных намаганьняў па шырэйшым санітарна-гігіенічным мерапрыемствам як на вытворчасьці, так і ў рабочым быту, у першую чаргу ў адносінах да рашаючых участкаў прамысловасьці і сельскай гаспадаркі, а таксама да новых будоў, што не азначае паслабленьня ўвагі (а наадварот — узмацненьне яе) да лячэбнага абслугоўваньня рабочых і сялянскіх мас.

[1] Прынята конфэрэнцыяй як рэзолюцыя.

III. Пасьпяховае разгортваньне аховы здароўя ў 2-й пяцігодцы павінна быць аснована на барацьбе за шэсьць гістарычных умоў тав. Сталіна, якія з аднаго боку азначаюць важнейшую задачу аховы здароўя — усямерную дапамогу матар'яльнаму і культурнаму дабрабыту рабочых і сялянскіх мас,—а з другога боку ўказваюць адзіны магчымы шлях да пераможнага разьвязаньня задач аховы здароўя ў 2-й пяцігодцы.

IV. Выходзячы з таго, што „новыя посьпехі соцыялізму рабочая кляса забясьпечыць толькі ў барацьбе з рэшткамі капіталізму, даючы бязьлітасны адпор супраціўленьню гінучых капіталістычных элемэнтаў, перамагаючы буржуазныя і дробнабуржуазныя забабоны сярод працоўных", выходзячы таксама з пастановы ЦК УсеКП(б) ад 18 сьнежня 1929 году— кожная галіна аховы здароўя ў 2-й пяцігодцы павінна быць пабудована па прынцыпу клясавасьці, па прынцыпу разгорнутага соцыялістычнага наступу, па прынцыпу зьнішчэньня ўраўнілаўкі.

Гэтыя прынцыпы павінны знайсьці свае выяўленьне:

1. У пераважным разьмяшчэньні зьвеньняў лекава-профіляктычнай сеці па вядучых участках прамысловасьці і сельскай гаспадаркі;

2. У першачарговым абслугоўваньні працоўных гэтых галін гаспадаркі, перш за ўсё ўдарнікаў, у цэнтральных зьвеньнях больнічнай і па-за больнічнай дапамогі;

3. У больш высокім тыпе мэдыцынскага і агульнага абсталяваньня, у больш разгорнутай структуры ўстаноў, якія абслугоўваюць паказаныя групы працоўных;

4. У непрымірыма-клясавым, партыйным зьмесьце ўсёй тэорытычнай і практычнай работы ў галіне аховы здароўя. Гэта ўстаноўка неразрыўна зьвязана з задачай соцыялістычнай рэконструкцыі мэдыцынскіх навук (таксама і псыханэўролёгіі) на падставе марксысцка-ленінскай тэорыі і практыкі соцыялістычнага будаўніцтва, у барацьбе на два фронты— з мэханіцызмам, як галоўнай небясьпекай на даным этапе, і з меншавіцтвуючым ідэалізмам, у барацьбе з буржуазнымі плынямі ў навуцы. У гэтым кірунку засталося яшчэ вельмі многа работы з пункту погляду прынцыпу партыйнасьці навукі.

V. Усе галіны аховы здароўя ў 2-й пяцігодцы павінны быць аснашчоны ўсімі асноўнымі дасягненьнямі сусьветнай навукі і тэхнікі ў галіне мэдыцыны, усвоенымі на падставе марксысцка-ленінскай тэорыі ўліку, асаблівасьцяў і размаху работы соцыялістычнай аховы здароўя і памножаны на вынаходніцтва мэдпрацаўнікоў і шырокага рабочага актыву аховы здароўя.

VI. Усімі гэтымі ўстаноўкамі вызначаецца і новая пастаноўка пытаньня аб кадрах працаўнікоў усёй аховы здароўя і псыханэўролёгіі ў прыватнасьці у сэнсе вялікага колькаснага росту з асяродзьдзя рабочых і сялян (побач з максы-

мальным прыцягненьнем да работы і скарыстаньнем спэцыялістаў старой школы, адданых справе социялістычнага будаўніцтва), а таксама і ў сэнсе вызначэньня па-новаму іх профіляў, програм, зьместу і мэтодаў вывучэньня, сеці розных ступеняў мэдычнае адукацыі і г. д.

VII. Значная адносная вага псыханэўролёгіі ва ўсёй сыстэме аховы здароўя БССР на 2-ю пяцігодку вызначаецца:

а) Значнасьцю інтэнсыўнага і экстэнсыўнага паказчыка нэрвовай захворванасьці сярод іншых відаў апошняй.

Захворванасьць па 8 гарадох БССР за 1926-27-28 гг. (экстэнсыўныя паказальнікі на 1000 захворваньняў).

	Хваробы нэрвовай сыстэмы і органаў пачуцьцяў	Эпідэмічн., эндэмічн. і інфэкцыйн. захворваньні	Траўматычныя захворваньні
Рабочыя самадзейныя .	99,1(V)	110(IV)	135(II)
Рабочыя несамадзейныя .	101,7(V)	163,3(II)	36(IX)
Служачыя	137,6(II)	125,0(III)	40,9(IX)

Увага: Рымскія лічбы паказваюць, на якім месцы стаяць даныя захворванасьці сярод іншых яе відаў.

Захворванасьць па 8 гарадох БССР (інтэнсыўныя паказальнікі— на 1000 усяго насел.).

	Хваробы нэрвовай сыстэмы і органаў пачуцьцяў	Эпідэмічн., эндэмічн. і інфэкцыйн. захворваньні	Траўматычная захворваньні
1926 г.	130,9	157,3	78,5
1927 г.	119,2	138,0	73,0
1928 г.	135,5	162,2	60,5

Увага: Лічбы па эпідэмічным, інфэкцыйным захворваньням і па траўматызму прыведзены тут ня толькі для параўнаньня, але і з прычыны таго, што як інфэкцыі, так і траўмы складаюць галоўнейшую крыніцу нэрвовай захворванасьці, а стала быць, некаторую долю гэтых лічбаў трэба дадаць да паказаньняў гэтай апошняй.

б) Параўнальна высокім паказальнікам сьмяротнасьці ад нэрвовых захворваньняў, якая стаіць у БССР за 1928-29-30 гг. на 6-м месцы ў адносінах да сьмяротнасьці ад іншых відаў захворванасьці.

в) Тымі абставінамі, што захворваньні нэрвовай сыстэмы асабліва моцна адбіваюцца на продукцыйнасьці таму, што пры гэтым бывае пашкоджаны субстрат вышэйшых функцый чалавека, настолькі важных пры высокай тэхнічнай і соцыяльнай організацыі працы і пры высокіх запросах да грамадзка-

палітычнай, арганізатарскай і г. д. работы ўдзельніка соцыялістычнага будаўніцтва.

г) Напасьледак тым, што ў склад нэўрапсыхіятрыі ўваходзіць адна з вельмі важных галін у падвышэньні продукцыйнасьці працы—нэўрапсыхгігіена з яе задачамі па арганізацыі вытворчай і разумовай працы, рацыяналізацыі быту, па барацьбе з наркоманіямі і г. д.

VIII. Сучаснае становішча нэўрапсыхіятрыі па БССР, ня гледзячы на рад дасягненьняў за апошнія гады (арганізацыя Дзіфон'у, разгортваньне нэрвовай клінікі, цесная сувязь нэўролёгіі з рознымі формамі фізыотэрапіі і фізыопрофіляктыкі, пачатак разгортваньня актыўнай працтэрапіі ў псыхіятрычных больніцах, значнае зьніжэньне нэўрапсыхіятрычнай захворванасьці),—трэба прызнаць малаздавальняючым ня толькі з пункту погляду задач 2-й пяцігодкі, але і з пункту погляду адпавяданьня бягучым вымаганьням соцбудаўніцтва ў БССР.

Нэўрапсыхіятрыя застаецца, як і раней, адсталым участкам аховы здароўя:

1) Няма сапраўднага павароту нэўрапсыхіятрычнай дапамогі да вытворчасьці;

2) Слаба разгорнуты спэцыяльныя віды дапамогі для пачатковых і пагранічных форм, ахоп якіх, з мэтай іх хутчэйшага вывучэньня і звароту на вытворчасьць, асабліва актуальны;

3) Надзвычайна недастаткова разьвіта дзіцячая псыханэўролёгічная дапамога;

4) Няма арганізацыі псыханэўролёгічнай дапамогі на даму;

5) Больнічная ложкавая сець надзвычайна недастаткова: (усяго ў БССР у сучасны момант 107 нэўролёгічных ложкаў, што дае каля 47.000 чалавек на 1 ложак, тады як па РСФСР, дзе больнічная дапамога таксама недастаткова, гэты коэфіцыэнт усё-ж складае каля 30.000 на 1 ложак).

Тое-ж і з псыхіятрычным ложкавым фондам, а таксама з сеткаю па-забольнічнай псыханэўролёгічнай дапамогі, асабліва з пункту погляду абслугоўваньня першачарговых груп працоўнага насельніцтва.

6) Няма дастатковай барацьбы за правядзеньне 6 умоў тав. Сталіна ва ўсёй практычнай і тэорытычнай рабоце нэўрапсыхіятрыі, а таксама належнага разгортваньня соцыялістычнай прац тэрапіі, злучанай з культполітасьветработай.

7) Надзвычайна недастатковы наяўныя кадры нэўрапатолёгаў і псыхіятраў, а псыхагігіеністы адсутнічаюць зусім (нэўрапатолёгаў у БССР—40 чал.); ня было плянавай падрыхтоўкі псыханэўролёгічных кадраў.

8) У тэорытычнай рабоце псыханэўролёгіі маецца дагэтуль многа нявыкрытых і нераскрытыкаваных да канца антыленінскіх вучэньняў і поглядаў.

IX. Разгортваньне нэўрапсыхіятрычнай дапамогі ў 2-й пяцігодцы і адначасна правадзімай соцыялістычнай рэконструк-

цыі нэўрапсыхіятрыі, як навукі, павінна грунтавацца на наступных прынцыпах:

1. Вядучым орыентуючым усе іншыя яе ўстановы зьвяном нэўрапсыхіятрычнай дапамогі, як і ўсёй аховы здароўя, зьяўляецца здраўпункт, які будуе псыханэўролёгічную частку сваёй работы на шырокім плянавым разгортваньні перш за ўсё нэўрапсыхагігіенічнай і нэўра-псыха-профіляктычнай работы, накіраванай на выкананьне і перавыкананьне прамфінпляну прадпрыемства; філіялам здраўпункту на вытворчасьці павінен зьявіцца здраўпункт у рабочым быту.

2. Стацыянарная дапамога організуецца па прынцыпу дыфэрэнцыяваньня ўстаноў, гэта значыць на падставе спалучэньня больніц з сыстэмай працколёній і нэўрапсыхіятрычных устаноў паўстацыянарнага тыпу (санаторыі з часовым адрывам і без адрыву хворых ад вытворчасьці).

3. Нэўрапсыхіятрычная сетка разгортвае актыўную працтэрапію, злучаную з культполітасьветработай, і адпаведна з дасягненьнямі сусьветнай навукі і тэхнікі ў галіне нэўрапсыхіятрыі, шырака скарыстоўвае ўсе віды фізыотэрапіі і фізыопрофіляктыкі, сэратэрапію, органа-тэрапію, малярыятэрапію, фармака-тэрапію і асаблівую ўвагу аддае разьвіцьцю нэўра-хірургіі.

Тое самае тычыцца і пастаноўкі дыягностыкі—усе віды біохэмічнага, электра і рэнтгенадыягностычнага, а таксама псыхолёгічнага і клінічна-нэўролёгічнага дасьледваньня, уключаючы мэтоды офтальмолёгіі і отолёгіі, павінны быць шырока разгорнуты ў 2-ую пяцігодку.

4. Па-за больнічная дапамога будуецца па тыпу псыханэўролёгічных сэктароў адзіных дыспансэраў і поліклінік падобна таму, як і ў больнічнай справе псыханэўролёгічная дапамога павінна быць організавана ў відзе нэрвовых і псыхіятрычных аддзяленьняў пры агульна-соматычных і інфэкцыйных больніцах (гэта не выключае існаваньня паасобных буйных псыха-больніц, акружаных дапаможнымі ўстановамі тыпу працколёній і санаторый).

5. Такім чынам у організацыі нэўрапсыхіятрычнай дапамогі павінны быць захаваны прынцыпы поўнага адзінства з агульнай сеткай аховы здароўя і гэта тым больш патрэбна, што пасьпяховая барацьба з нэўрапсыхіятрычнай захворвасьцю неразрыўна зьвязана з посьпехамі іншых галін соцыялістычнай аховы здароўя ў справе барацьбы з траўматызмам, эпідэміямі, вэнхваробамі, сухотамі і г. д.

Трэба даваць рашучы адпор усякім імкненьням будаваць псыханэўролёгію адасобнена ад агульнай аховы здароўя, а таксама і падмяняць галоўныя задачы апошняй задачамі псыханэўролёгіі; як тое, так і другое мае ў сваёй падставе буржуазныя погляды і зьвязана з асаблівасьцямі разьвіцьця навукі ў капіталістычных краінах.

6. Сетка нэўрапсыхіятрычнай дапамогі павінна быць цесна зьвязана з работай навукова-дасьледчых нэўрапсыхіятрычных інстытутаў, якія падводзяць тэорытычную базу пад усе

віды організацыі і практыкі нэўрапсыхіятрычнай справы і звыш таго зьяўляюцца апорнымі пунктамі нэўрапсыхіятрычных адзяленьняў мэдвузаў (комбінаваньне вытворчай, навукова-дасьледчай і навучальнай работы ў галіне як псыханэўролёгіі, так і агульнай аховы здароўя ў СССР і БССР).

7. Псыханэўролёгія павінна (у асобе доктара псыханэўролёга або нэўра-псыха-гігіеніста) уключыцца ў вялізарную работу раду ўстаноў соцыялістычнай аховы здароўя ў галінах рацыяналізацыі, нормаваньня і аздараўленьня індустрыяльнай і сельскагаспадарчай работы, політэхнічнай школы, АЗДП, а таксама фізкультуры, нормальнага рабочага адпачынку, пролетарскага турызму, комунальнага будаўніцтва, грамадзкага харчаваньня і г. д. Гэта ўдзельнічаньне ў шырокай аздараўляючай рабоце і зьявіцца асноўным зьместам соцыялістычнай нэўро-псыхо-гігіены і забясьпечыць апошнюю ад буржуазных уплываў і антыленінскіх кірункаў у яе рабоце, якіх пакуль што маецца многа і з якімі неабходна весьці рашучую і бязьлітасную барацьбу.

Навукова-дасьледчая работа па псыханэўролёгіі ў 2-ую пяцігодку азначаецца канечнаю патрэбаю разьвязаць у строгай адпаведнасьці з усімі партыйнымі і ўрадавымі дырэктывамі на падставе марксысцка-ленінскай тэорыі і ў барацьбе на два фронты супроць мэханіцызму (як галоўнай небясьпекі на даным этапе) і меншавіцтвуючага ідэалізму—наступныя карэнныя практычныя задачы:

I. Па лініі лячэбна-профіляктычнай

1. Барацьба за рашучае зьніжэньне спэцыфічных нэрвовых інфэкцый (цэрэбра-сьпінальны мэнінгіт, эпідэмічны энцэфаліт, поліоміэліт, полінэўрыт і інш.).

2. Барацьба супроць захворваньняў неінфэкцыйнага характару, пяршачна ўзьнікаючых у нэрвовай сыстэме ці спэцыяльна яе паражаючых (новаўтварэньні тыпу гліом, псыхозы, нэўрозы, так званыя констытуцыйныя захворваньні і г. д.). На першым месцы ў гэтай галіне работы стаяць задачы перад нэўра-хірургіяй і нэўра-профіляктыкай.

3. Барацьба з ускладненьнямі ў нэрвовай сыстэме на глебе агульных інфэкцый, у тым ліку сыфілісу і тубэркулёзу, а таксама траўматызму, сардэчна-судзінных захворваньняў, інтоксыкацый, эндокрынных расстройстваў. Таму што гэтага роду ўскладненьні зьяўляюцца найбольш цяжкімі па сваім вынікам, барацьба з імі ёсьць у той-жа час барацьба супроць інваліднасьці і падвышанай сьмяротнасьці.

4. Поўнакаштоўнае скарыстоўваньне, компэнсацыя і рэстытуцыя на вытворчасьці працаздольнасьці хворых з рэшткавымі паражэньнямі нэрвовай сыстэмы.

2. Па лініі аздараўляльнай псыханэўролёгіі ў соцыялістычнай працы, у быту і выхаваньні (нэўра-псыхо-гігіена).

1. Профконсультацыя і профорыентацыя з пункту погляду псыхонэўролёгічных даных (у сьвятле клясыфікацыі і дынамікі профэсый у 2-ую пяцігодку).

2. Рэжым вытворчае працы ў яе соцыялістычных формах (па галінам індустрыяльнае і сельска-гаспадарчае), зьмена працы і адпачынку, аб'ём паасобных вытворчых заданьняў. Нэўра-псыхо-гігіена рабочага памяшканьня (барацьба з непатрэбнымі шумамі, рабочае месца, прыстасаваньне варштату да рабочага і наадварот).

3. Рэжым умоў працы, нормы, зьмена розных відаў разумовай і фізычнай працы, рацыяналізацыя адпачынку ў розных яго соцыялістычных формах—адпачынак і харчаваньне, фізкультура, турызм, рацыянальная організацыя разумовае працы—брыгаднае і індывідуальнае, удзел з гэтага пункту погляду ў організацыі: бібліотэк, чыталень, клюбаў, у будаўніцтве соцыялістычных гарадоў, паркаў культуры і адпачынку, у выпрацоўцы стандартаў мэблі, адзеньня, распрацоўцы норм і рэжыму харчаваньня.

Гэта галіна псыханэўролёгічнай дзейнасьці мае асабліва вялікае значэньне ў сьвятле магутнага процэсу сьціраньня межаў паміж фізычнай і разумовай працай, які хаця і не завяршаецца ў 2-й пяцігодцы, але ідзе хуткімі тэмпамі, пачынаючы з Кастрычніцкай рэволюцыі.

4. Рацыяналізацыя вучобы ў політэхнічнай школе на падставе рашэньня ЦК УсеКП(б) аб сярэдняй і пачатковай школе.

5. Ліквідацыя алькоголізму, як масавага ганебнага зьявішча—спадчыны мінулага ладу.

6. Усямернае ўзмацненьне абароназдольнасьці Савецкай краіны.

3. Па лініі культурнай рэволюцыі.

1. Уключэньне ў агульную санкультуру рацыянальных нэўрапсыхагігіенічных звычак.

2. Шырокі ўдзел у тэхнічнай і антырэлігійнай прапагандзе.

Адсюль выцякаюць наступныя навукова-дасьледчыя проблемы:

1. Шырачэйшае скарыстоўваньне сучасных дасягненьняў фізыкі і хэміі для мэтаў раньняй этыолёгічнай і топічнай дыягностыкі, тэрапіі і профіляктыкі нэрвовых і псыхічных захворваньняў.

2. Прыцягненьне да тых-жа самых мэтаў дасягненьняў сумежных дысцыплін біолёгіі чалавека: імунабіолёгіі, эндокрынолёгіі, вучэньня аб абмене матэрыі, хірургіі, отолёгіі, офтальмолёгіі, а з другога боку,—пэдолёгіі і соцыялістычна перабудаванай псыхолёгіі.

3. Скарыстоўваньне ў галіне так званай клінічнай псыханэўролёгіі даных статыстыкі нэрвовых і псыхічных захворваньняў, што прадугледжвае ў сваю чаргу карэнную перабудову апошняй.

4. Вывучэньне шляхоў пранікненьня інфэкцый у нэрвовую сыстэму і іх далейшага разьвіцьця (у асноўным—проблема аўладаньня законамернасьцямі гематоэнцэфалічнага бар'еру).

5. Карэнная перабудова дасьледваньняў і лячэньня нэўрапсыхічнага хворага на падставе ўключэньня ў „гісторыю хваробы" паказальнікаў і даных вытворчых і бытавых паводзін да і пасьля вострага пэрыоду хваробы (спалучэньне клінічнага і дыспансэрнага мэтодаў).

6. Вывучэньне працаздольнасьці людзей пры розных рэшткавых паражэньнях нэрвовай сыстэмы.

7. Проблема новай працтэрапіі, як аднаго з важнейшых мэтодаў лячэньня, соцыялістычнага і профэсыйнага выхаваньня псыхічных хворых.

8. Вывучэньне фізкультуры, турызму і рабочага адпачынку, як спосабаў профіляктыкі і лячэньня нэўрапсыхічных захворваньняў, удзел у курортолёгічным вывучэньні БССР.

9. Учот і тэорытычнае азмысьленьне нэўра-псыхогігіенічнай работы ў школе, на вытворчасьці, па лініі рабочага адпачынку, фізкультуры, турызму (рэжым адпачынку адпаведна рабочаму цыклю, узросту і псыхафізычнаму становішчу, нормаваньне фізкультуры на працы, у быту дарослых і дзяцей, псыхагігіена відовішч).

10. Учот і тэорытычнае азмысьленьне організацыі нэўрапсыхічнай сеці.

11. Тое самае па лініі падрыхтоўкі кадраў, організацыі і мэтодаў нэўра-псыхагігіенічнай і антырэлігійнай прапаганды.

12. Распрацоўка нэўра-псыхагігіенічных паказальнікаў пры пабудове новых гарадоў і абмеркаваньне розных тыпаў жылых будынкаў.

13. Псыханэўролёгія на службе па ўзмацненьні абароназдольнасьці СССР.

Усе гэтыя пытаньні павінны вырашацца на падставе распрацоўкі наступных мэтодолёгічных проблем:

1. Тэорыя і практыка псыханэўролёгіі ў сьвятле ленінізму, як вышэйшага этапу разьвіцьця марксызму, у сьвятле рашучай барацьбы як з буржуазнымі ўплывамі, так і барацьбы на два фронты з мэханіцызмам, як галоўнай небясьпекай на даным этапе, і меншавіцтвуючым ідэалізмам.

2. Паглыбленае вывучэньне філо- і онтогеніі нэрвовай сыстэмы ў сьвятле працоўнай тэорыі паходжаньня і разьвіцьця чалавека.

3. Узроставыя асаблівасьці нэрвовай сыстэмы чалавека, як члена пэўнае клясы, пэўнай грамадзкай формацыі, як „супольнасьці (савакупнасьці) грамадзкіх адносін".

4. Этыолёгія і патогенэз нэўрапсыхічных захворваньняў, як выражэньне социяльнай сутнасьці чалавека і ўмоў яго конкрэтна-гістарычнага быцця.

5. Проблема лёкалізацыі нэўрапсыхічных функцый у сьвятле палажэньня Леніна: „Мысьль—ёсьць вышэйшы продукт мазгоў—вышэйшага продукту матэрыі“. (Гэта проблема мае вялікае ідэолёгічнае значэньне наогул і антырэлігійнае ў прыватнасьці.)

6. Перагляд проблемы констытуцыі, уздольненасьці, барацьба з нацыянальна-расавымі тэорыямі ў галіне псыхонэўролёгіі.

7. Соцыялістычныя формы працы і быту і псыхафізыолёгія будаўнікоў соцыялізму (проблема мобілізацыі псыхафізыолёгічных рэзэрваў).

8. Перагляд мэтодаў псыхатэрапіі на падставе ўзмацненьня ў хворага пролетарскай сьвядомасьці і ліквідацыі ў ёй перажыткаў капіталізму (з дырэктыў XVII Усесаюзнай партконфэрэнцыі).

9. Проблема дыягнозу ў сьвятле дыялектычнага матар'ялістычнага вывучэньня сутнасьці хваробы.

11. Перагляд клясыфікацыі псыхічных і нэрвовых хвароб.

12. Вывучэньне разумовага разьвіцьця дзіцяці, як задача, прапанаваная Леніным (XII Ленінскі зборнік).

13. Фашызм і соцыял-фашызм, ідэі вялікадзяржаўнага і мясцовага нацыяналізму ў сучаснай псыханэўролёгіі.

14. Сыстэматызацыя і распрацоўка спадчыны Маркса-Энгельса-Леніна, прыстасоўна да пытаньняў псыхафізыолёгіі, псыханэўролёгіі і блізкіх навук.

15. Галоўныя этапы гісторыі псыханэўролёгіі на падставе марксыцка-ленінскага вучэньня аб социяльна-экономічнай клясавай абумоўленасьці разьвіцьця навукі.

Організацыя навукова-дасьледчай работы павінна выходзіць:

1. З поўнага і сапраўднага выкананьня 6 гістарычных умоў тав. Сталіна;

2. З прынцыпу комплекснасьці працы, пастаўленай сумесна з іншымі біолёгічнымі, мэдычнымі і грамадзкімі інстытутамі;

3. З разгортваньня сеці навукова-дасьледчых апорных пунктаў, якія супадаюць у асноўным з сецьцю практычнай і навуковай работы псыха-нэўролёгіі;

4. З шырокага вылучэньня навуковых працаўнікоў з асяродзьдзя рабочага здраўактыву і практычных працаўнікоў псыханэўролёгіі БССР.

У навукова-дасьледчай рабоце трэба рашуча змагацца з далёка яшчэ ня зжытым паўзучым эмпірызмам, з так званым „изучательством“, з навуковай работай дзеля яе самой,

з захапленьнем прыватнымі проблемамі без пэрспэктывы дзеля социялістычнага будаўніцтва, з непатрэбнай тратай сіл і часу на распрацоўку ўжо распрацаваных пытаньняў, з абсьледваньнямі ў вытворчасьці часта беспрадметнага характару, з нарачытым шуканьнем профшкоднасьцяў, з лявацкімі крыкамі аб аўтоматычна-аздараўляючым значэньні социялістычнага будаўніцтва, з буржуазнымі тэорыямі, з мэханіцызмам, як галоўнай небясьпекай на даным этапе, і меншавіцтвуючым ідэалізмам.

Першая Ўсебеларуская конфэрэнцыя псыханэўролёгаў:

1. Даручае Інстытуту псыханэўролёгіі Беларускай акадэміі навук разгарнуць шырокую работу па распрацоўцы на падставе ўсіх адзначаных установак конкрэтнага і дакладнага пляну дзейнасьці псыханэўролёгіі ў 2-ой пяцігодцы, організаваць гэту плянавую работу ў шчыльнай сувязі з Белдзяржплянам, Акадэміяй навук, Нар. кам. аховы здароўя, НКАсьветы, Наркампрацы, Наркаматам комунальнай гаспадаркі, а таксама з работнікамі псыхонэўролёгіі ўсіх гарадоў і раёнаў БССР і з шырокім здраўактывам рабочых на прадпрыемствах, уключаючыся ў агульны плян псыханэўролёгіі па ўсім СССР.

2. Конфэрэнцыя лічыць патрэбным організаваць сыстэматычную рассылку інформацыі аб ходзе распрацоўкі пляну навукова-дасьледчай працы ў псыханэўролёгіі на пэрыфэрыю і наадварот—сыстэматычную інформацыю з пэрыфэрыі як у Наркамаховы здароўя, так і ў Псыханэўролёгічны інстытут Акадэміі навук.

3. Конфэрэнцыя лічыць патрэбным у бліжэйшы час організаваць выпуск зборнікаў, організаваць псыханэўролёгічны часопіс або адпаведны аддзел у агульным мэдычным часопісу, які павінен выдавацца ў БССР.

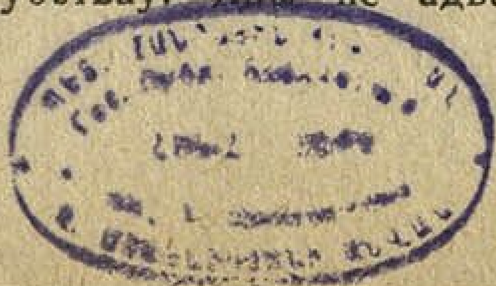
4. Трэба прыступіць да перакладу на беларускую мову буйных твораў сучаснай псыханэўролёгіі, дадаючы да іх марксысцка-ленінскую крытыку.

5. Конфэрэнцыя заяўляе, што пляняваньне і пасьпяховая работа па выкананьні пляну 2-ой пяцігодкі неразрыўна зьвязана з бальшавіцкай барацьбой за выкананьне задач апошняга чацьвертага году першай пяцігодкі пад кіраўніцтвам комуністычнай партыі і яе ленінскага ЦК, на чале з тав. Сталіным.

РЭКОНСТРУКЦЫЯ ПСЫХАНЭЎРОЛЕГІЧНАЙ ДАПАМОГІ Ў ДРУГУЮ ПЯЦІГОДКУ.

Даклад тав. Пасьвянскага (Масква)

Паказаная тут выстаўка Магілеўскай псыха-больніцы сьведчыць аб тым, што псыхіятрычныя ўстановы павярнуліся да соцыялістычнага будаўніцтва. Мая задача прадставіць вам некаторыя даныя па рэконструкцыі нэўрапсыхіятрычнай дапамогі. За апошні час мы маем значнае пашырэньне нэўрапсыхіятрычнай сеці, ложкавы фонд па РСФСР павялічыўся на 3.000 чал. Мы маем шырокае разьвіцьцё амбуляторнай і дыспансэрнай дапамогі. Аднак псыханэўролёгічная дапамога зьяўляецца самым вузкім месцам аховы здароўя, праўда, за апошнія паўгода маецца некаторы зрух, асабліва пасьля пастановы РСІ РСФСР аб рэконструкцыі нэўрапсыхіятрычнае дапамогі. Народны камісарыят аховы здароўя вынес пастанову, якая зьяўляецца гістарычнай для нашага фронту. Нам патрэбна карэнная рэорганізацыя практыкі і тэорыі нэўра-псыхіятрыі. Клясавы прынцып абслугоўваньня рабочае масы нэўрапсыхіятрычнымі ўстановамі недастаткова праводзіцца. Толькі за апошні час маецца некаторы зрух у гэтым кірунку. Работа нэўрапсыхіятрычных устаноў зводзілася ў значнай ступені да пасыўнага мэтоду нагляданьня. Трэба рашуча пераходзіць да актыўнага мэтоду работы. Організацыя нэўрапсыхіятрычнае дапамогі характэрна выразнай пярэстасьцю. Калі ложкавы фонд Ленінграду зьяўляецца найбольшым па РСФСР, то раёны Ленінградзкае вобласьці яго зусім ня маюць. У Маскве наадварот шырока разгорнута пэрыфэрычная сетка. У РСФСР ложкавы фонд нэўрапсыхіятрычных устаноў складае 0,22% усёй колькасьці ложкаў. Кіраўніцтва нэўрапсыхіятрычнай справай часта зусім нездавальняючае. Нэўрапсыхіятрычныя захворваньні ў сувязі з ліквідацыяй беспрацоўя і соцыялістычнымі мэтодамі работы значна зьменшыліся. Дакладнай статыстыкі гэтага я прыводзіць ня буду, таму што яна дрэнна вядзецца. Буржуазныя вучоныя прымушаны констатаваць у Заходніх краінах рост самагубстваў. Яны не адважваюцца проста



і адкрыта сказаць, што гэта стаіць у сувязі з распадам капіталізму. Маюцца нават анэкдотычныя выпадкі: Зэйбэрг (з Фрэйбурга) адзначае, што беспрацоўе і нэндза прымушае сваякоў класьці сваіх родных у больніцу. Або вось зусім дасканалы анэкдот. Морыс імкнецца ўстанавіць залежнасьць колькасьці самагубстваў ад плям на сонцы, ён хоча зьвязаць сонечныя плямы з соцыяльнымі зьявамі.

Я спынюся на організацыйных формах нэўрапсыхіятрычнае дапамогі. У гэтых адносінах у нас некаторыя схіляюцца перад Захадам. У прыватнасьці Ін-т нэўрапсыхіятрычнае профіляктыкі, пад кіраўніцтвам Розэнштэйна пераняў прынцып ступенчатасьці ў організацыі нэўрапсыхіятрычнае дапамогі ў тым выглядзе, як гэты прынцып прапануецца на Захадзе. Братц у сваёй „Вітэнараўскай" сыстэме адразьняе 5 ступеняў: I ступень—псыхбольніца (конглёмэрат устаноў,—колёніі для хронікаў, нэрвовы стацыянар для нэрвовых хворых, алькоголікаў, наркоманаў).

II ступень—установы судова-псыхіятрычныя, „крыміналістыка".

III ступень—патронаж.

IV „ —амбуляторыя.

V „ —псыхіятрычная асьвета мастакоў, поэтаў, настаўнікаў. Гэтая сыстэма ступенчатасьці ў нашым Савецкім саюзе бязумоўна недапушчальна. Мы павінны яе паставіць з галавы на ногі. Адно з першых месц павінна належаць асьветнай рабоце, аснаванай на клясавай сьвядомасьці рабочых і колгасьнікаў. У РСФСР распрацавана наступная сетка нэўрапсыхіятрычных устаноў:

1. Па-забольнічныя.
2. Паў-стацыянарныя і стацыянарныя.
3. Нэўра-санітарнае аддзяленьне здраўніцы.
4. Нэрвовае аддзяленьне соматычнае лекава-працоўнае колёніі.
5. Псыха-нэўролёгічны дзіцячы санаторы для дзяцей і падлеткаў.
6. Псыха-гігіенічная здраўніца для дзяцей.

Дзіцячыя ўстановы разьмяжоўваюцца на два тыпы: першы тып для хронікаў і другі тып паў-стацыянарны. У нас і ў РСФСР няма ніводнае галіны, дзе-б гэтая сыстэма была праведзена поўнасьцю. Трэба падумаць, каб самую назву „ступенчатасьць" зьмяніць, каб яна не напамінала буржуазную сыстэму, і назваць яе, напрыклад, сыстэмай зьвеньняў.

Цяпер больш дэталёва:

1. Па-забольнічная дапамога. Асноўныя зьвеньні нашай работы—здраўпункт на прадпрыемстве, але ў сучасны момант там часта няма псыханэўролёга,—там маецца доктар соматалёг, недастаткова знаёмы з псыханэўролёгічнай работай, яго работа заключаецца ў лепшым выпадку ў профіляктычных

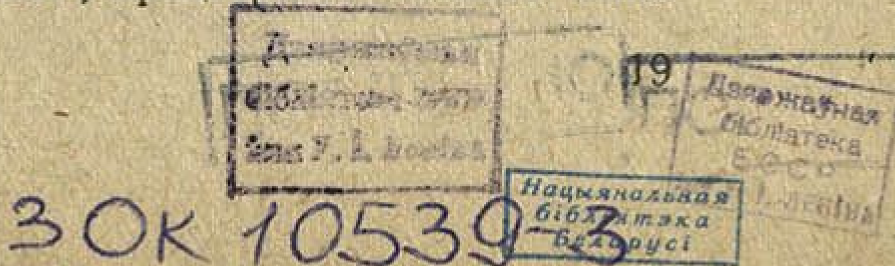
мерапрыемствах. Работа гэтых дактароў амбуляторная, яны ня могуць паралельна аддаваць належнае ўвагі нэўрапсыхіятрычнай справе. Кіраўніцтва псыханэўралёгічнай дапамогай адна з задач вядучых псыханэўралёгічных устаноў. У сувязі з гэтым трэба адзначыць вялікую заслугу Ін-ту нэўра-псыхолёгічнай профіляктыкі, які прыняў самы актыўны ўдзел у вывучэньні работы аднаго з Камвузаў, рацыяналізуючы яе з пункту погляду псыха-гігіены і даючы гэтым узор работы псыха-нэўролёгам, якія працуюць у іншых установах і прадпрыемствах.

2. Паў-стацыянарныя ўстановы. Нэўрапсыхіятрычны санаторы звычайна мала разьлічаны на „пагранічнікаў“. Гэты санаторы вельмі карысна будаваць побач з псыхіятрычнай больніцай. Ён павінен адыгрываць вялікую ролю ў павароце нэўрапсыхіятрычнай дапамогі да абслугоўваньня працоўных. Больніца імя Кашчэнка становіць сабой прыклад таго, як зьмяніўся погляд на псыхіятрычную больніцу, якую раней разглядалі як „каменны мяшок“. Цяпер там маецца вялікая колькасьць хворых, з якіх 10% платных ложкаў для падвышэньня рэнтабельнасьці ўстановы.

3. Агульныя соматычныя больніцы будуць мець нэўра-псыхіятрычныя аддзяленьні. На такі шлях НКАЗ ужо становіцца, напрыклад, у Магнітастроі, Кузьнецкбудзе і г. д. Далей лекавыя ўстановы не павінны служыць месцам доўгага побыту нэўрапсыхіятрычных хворых. Гэтыя ўстановы вельмі перапоўнены хронікамі, часта ў іх ляжаць паздаравеўшыя (інваліды).

4. Псыха-больніца павінна быць прызначана, галоўным чынам, для вострых хворых, а хронікі выдзяляюцца ў колёніі. Такім чынам, будаўніцтва, якое ў 1932 годзе амаль ня было прадугледжана, мае на ўвазе разьвіцьцё колёній таму, што яны разгружаюць псыха-больніцу. Псыха-больніцы да сучаснага моманту ў некаторых мясцох падобны да вар'яцкіх дамоў. Псыха-больніца павінна рэзка зьмяніць сваю работу і правядзеньне клясавага прынцыпу павінна зьяўляцца асноўным момантам у іх рабоце. Трэба больш увагі аддаваць соцыяльна-каштоўным людзям.

Перайду да працтэрапіі. З увядзеньнем апошняй каштоўнасьць ложкаў зьмяншаецца. Па сутнасьці справы, да сучаснага моманту наша тэрапія ў псыха-ўстановах зьяўляецца ў значнай меры нагляданьнем таго разбурэньня, якое праходзіць на вачох урачоў, мала шукаючых новых спосабаў лячэньня. Адным з важнейшых момантаў у павароце нэўрапсыхіятрыі зьяўляецца ўвядзеньне сапраўднай працтэрапіі; аднак трэба змагацца з скажэньнямі працтэрапіі, якія ўжываюцца некаторымі аўтарамі ў СССР. Працтэрапія за мяжой зьяўляецца справай толькі паасобных энтузіястаў (напрыклад, Сымон), а ня плянава організацыйным мерапрыемствам. Яны імкнуцца перавыхоўваць хворых у сэнсе сьветапогляду буржуазіі. У нас, у СССР, працтэрапія павінна быць



пабудавана на асновах комвыхаваньня і грамадзка-каштоўнай вытворчай працы. Крэчмэр у невялікім артыкуле дае каштоўны матар‘ял, які дазваляе нам ускрыць клясавыя карэньні працоўнае тэрапіі, як яна праводзіцца ў краінах капіталізму. Ён лічыць, што карыстаючыся асаблівасьцямі псыхікі шызафрэнікаў, неабходна культываваць і „арыгінальныя ідэі“. Мэта працтэрапіі ў іх—выхаваньне „арыгіналаў“, пагэтаму пераносіць іх працтэрапію нам нельга. У нас прынцыпы працтэрапіі—стварэньне колектываў, арганізацыя аддзяленьня без абычнага пэрсоналу; аднак, прыстаўцы на колектыў мы ня думаем запамятваць і індувідуальнасьць хворага. У больніцы імя Кашчэнка маецца 50 розных форм працтэрапіі. У конвеерным парадку даюць выпрацоўваць цэлыя рэчы. Пры гэтым мы павінны не даваць разьвівацца патолёгічнаму творчаству (як гэта было раней). Стандартызацыя павінна мець значнае месца. Больніца імя Кашчэнка мае 200.000 р. у год даходу ў выніку працтэрапіі, што складае 1/5 ці 1/6 частку бюджэту. Па пастанове СНК РСФСР гэтыя сродкі застаюцца ў нас на паляпшэньне нэўрапсыхіятрычнай справы. Мы маем вельмі цікавыя даныя адносна становішча хворых—маніакальныя хворыя, якія былі лечаны працтэрапіяй. На ф-цы яны былі зусім спакойны, не даючы ніякіх адзнак іх хваробы. Я ня буду датыкацца да цэлага шэрагу іншых пытаньняў, у тым ліку аб тыпах інструктара. Працтэрапія не зьяўляецца аднолькавым сродкам з актыўнай тэрапіяй. Неабходна ўзьняць агульны тэрапэўтычны ўзровень урачоў. Гэтыя задачы падвышэньня тэрапэўтычнага ўзроўню павінны прыцягнуць нашу ўвагу. Неабходна організаваць адпаведныя курсы, лекцыі і г. д.

Мае вялікае значэньне і разьвіцьцё фізвыхаваньня ў больніцы імя Кашчэнка. Уплыў яго вялізарны (займаюцца тэнісам, футболам, баскетболам і г. д.) і ня ходзяць як арыштанты, як было раней. Побач з гэтым шмат дапамагае фізыотэрапэўтычны габінэт.

———

РЭКОНСТРУКЦЫЯ ПСЫХІЯТРЫЧНАЙ СТАЦЫЯНАРНАЙ ДАПАМОГІ.

Тэзісы дакладу проф. А. К. Ленца.

1. Савецкая ўлада атрымала ў спадчыну ад эпохі царызму псыха-больніцы, якія ўяўлялі сабой па сутнасьці месца зьняволеньня, у якіх хворыя былі пазбаўлены сьвятла, паветра, належнага догляду і лячэньня.

2. Хоць псыхіятрычная справа да апошняга часу відавочна адставала ад агульных тэмпаў соцыялістычнага будаўніцтва, усё-ж толькі пры савецкай уладзе справа больнічнай і па-забольнічнай дапамогі псыхічным хворым паднялася на значную вышыню і атрымала магчымасьць для разьвіцьця, нябывалага ва ўмовах капіталізму. Можна адзначыць, як вынік працы ў першай пяцігодцы зьніжэньне сярэдняга ложкадня для псыхічнага хворага:

Магілеў	Менск	Віцебск
1917—144	1929—72	1929—110
1930—141	1930—80	1930—116
1931—120	1931—78	1931—78
	1932—67	

Гэта скарачэньне можа залежаць як ад паляпшэньня больнічнай работы, так і ад паступленьня больш лёгкіх форм хворых. У тым і другім выпадку мы маем пэўнае дасягненьне.

Матар'ялы Менскай больніцы ў адносінах да першай пяцігодкі даюць адноснае памяншэньне лічбы інволюцыйных псыхозаў (мужчын):

1929 г.	7,2%
1930 „	5,3%
1931 „	4,5%
1932 „	3,2%

Усяго па БССР стацыянарных месц для псыххворых у 1932 г.—1140, што складае 0,22 месца на 1000 (патрэбна адно на тысячу).

3. Рэканструкцыя ў галіне стацыянарнай дапамогі псыххворым мае на мэце перш за ўсё клясавасьць і паварот тварам да социялістычнага будаўніцтва. Перш за ўсё павінна быць разгорнута шырокая і глыбокая профіляктычная і псыхагігіенічная лячэбная работа, якая павінна ахапляць усё актыўнае працоўнае (гарадзкое, вясковае) насельніцтва. Сетка псыханэўролёгічных установ пачынаецца з здраўпунктаў на прадпрыемствах. Далей ідуць раённыя профілякторыі, падпарадкаваныя Райздраву, поліклінікі (псыханэўролёгічныя сэктары дыспансэра і іншыя ўстановы нестацыянарнага характару).

4. У цэнтры стацыянарнай сеткі павінны стаяць псыхіятрычныя комбінаты, якія зьмяшчаюць у сабе псыхіятрычныя бoльніцы для востра хворых, для якіх (больніц) характэрна цесная іх сувязь з працоўнымі колёніямі (для працаздольных хронікаў), апошнія організаваны на падставе шырокага разьвіцьця сапраўднай продукцыйнай работы. Далей ідуць паўсанаторыі (для лёгкіх форм і паздаравеўшых), колёніі для непрацаздольных хронікаў (псыхаінвалідаў), санаторыі для траўматыкаў і псыхапатыкаў. Пры ўсіх буйных соматычных больніцах трэба мець псыханэўролёгічнае аддзяленьне. Да паказанай сеткі павінна прылягаць асобная сетка дзіцячых псыханэўролёгічных установ. Па лініі судовай псыхіятрыі трэба разгарнуць псыханэўролёгічныя аддзяленьні больніц фабрычна-працоўных колёній (былых папраўчых дамоў), пры Ін-це крыміналёгіі, крыміналістыкі і судовай мэдыцыны павінен быць утвораны сэктар псыхіятрычнай экспэртызы (судова-дыягностычны інстытут). Па лініі наркоманіі трэба прадугледзець нарколёгічныя аддзяленьні поліклінік, лячэбніцы для алькоголікаў і працоўныя колёніі для перавыхаваньня цяжкіх алькоголікаў (у выглядзе аддзелу працоўнай колёніі, псыхіятрычнага комбінату).

5. Спэцыфічнай задачай новай псыхіятрычнай больніцы зьяўляецца лячэбна-профіляктычнае абслугоўваньне вострых форм псыхічных захворваньняў. Больніца павінна быць санаторызавана, г. зн. што яе трэба абсталяваць узорна ў гігіенічных і лячэбных адносінах. Сьвятло, паветра, прастора, харчаваньне, фізыотэрапія, усе віды спэцыяльнай тэрапіі, заняткі, адпачынак, забавы, культурна-палітычнае абслугоўваньне, падняцьце комуністычнае сьвядомасьці, разьвіцьцё самадзейнасьці — усе гэтыя ўмовы павінны быць забясьпечаны ў вышэйшай меры. Асаблівую ўвагу трэба аддаць лячэньню актыўных рабочых, колгасьнікаў, савгасьнікаў і працоўных гэтых катэгорый і прыраўняных да гэтых катэгорый. Для хутчэйшага аднаўленьня іх працаздольнасьці павінна быць поўнасьцю разьвіта ўнутры больніцы сыстэма лячэбна-профіляктычных мерапрыемстваў (аддзяленьне тыпу А).

Хронічна-хворых зусім не павінна быць у больніцы. Пры пераходзе псыхозу да хронічнага стану хворыя безадкладна

пераводзяцца ў колёнію для працаздольных або непрацаздольных хронікаў.

6. Працоўная тэрапія, прыстасаваньне якой ужо пачынаецца ў больніцы, атрымлівае жо вышэйшае разьвіцьцё ў працоўных колёніях. У адрозьненьне ад буржуазнай працтэрапіі, якая падыходзіць да хворага, як да об"екту далейшай капіталістычнай эксплёатацыі, савецкая працоўная тэрапія мае мэту аднавіць працаздольнасьць працоўнага і зрабіць з яго актыўнага будаўніка соцыялізму. У працколёніях пад кіраўніцтвам працінструктароў дактароў, працтэрапэўтаў будзе праводзіцца колектыўная організацыя працы з унясеньнем і разгортваньнем соцыялістычных форм працы (ударніцтва, соцпаборніцтва). У параўнаньні са старой больніцай тут карэнным чынам зьменіцца роля сярэдняга і малодшага пэрсоналу. Сёстры, санітарыператвараюцца ў актыўных удзельнікаў працоўнага процэсу, як кіраўнікі і ўдарнікі.

7. З пункту погляду працтэрапіі, зьвязанай з сталай культурна-палітычнай работай сярод хворых, павінна зьмяніцца і навукова псыхіятрычная работа. Разгортваючы на падставе скарыстаньня дасягненьняў сучаснай навукі дыягностычную лячэбную і навукова-дасьледчую работу, паглыбляючы і пашыраючы дасьледваньне хворых і хвароб, псыхіятры павінны рашуча парваць з атрыманымі ў спадчыну ад буржуазнай навукі вузкім эмпірызмам і адрывам тэорыі ад практыкі. Трэба адмовіцца катэгорычна ад „цікавых" форм і пагоні за „рэдкімі" выпадкамі і сымптомамі. Уся навуковая работа павінна быць падпарадкавана галоўнай мэце—вынаходству хутчэйшых і выпрабаваных спосабаў аднаўленьня працаздольнасьці псыхічна-хворых і шырокай профіляктыцы псыххвароб.

8. Навуковую работу псыхіятрычных стацыянараў трэба ўключыць у адзіны плян псыханэўролёгічных навуковых досьледаў. Паколькі рэконструкцыя псыхіятрычнай практыкі будзе непарыўна зьвязана з соцыялістычнай перабудовай нэўрапсыхіятрыі, як навукі, трэба ўцягнуць у навуковую работу ўсіх працаўнікоў псыханэўролёгічных устаноў, забясьпечыўшы мэтодолёгічнае кіраўніцтва пэрыфэрыяй з боку бліжэйшых навуковых цэнтраў (сувязь клінік з больніцамі, консультацыя, абмен практыкаю, псыхіятрычныя нарады, зьезды псыханэўролёгаў). Пры стацыянарах трэба організаваць лябораторыі, бібліотэкі, разьвіць сыстэму курсаў для падвышэньня кваліфікацыі ўсіх відаў пэрсоналу.

9. Трэба безадкладна праводзіць у організацыі практычнай і навуковай дасьледчай работы псыхіятрычных стацыянараў шэсьць гістарычных умоў тав. Сталіна. Асаблівую ўвагу трэба аддаваць проблеме новых псыхіятрычных кадраў.

10. У БССР трэба прыняць рад тэрміновых мер для ўтварэньня псыханэўролёгічных аддзяленьняў і катэдраў. У сувязі з няўхільным значным пашырэньнем сеткі псыхіятрычных устаноў у бліжэйшы час вострa будзе адчувацца

патрэба ў псыханэўролёгах для здраўпунктаў і дыспансэраў. Патрэба ў ардынатарах для клінік і больніц, патрэба ў працтэрапэўтах, дактарох санаторыі і ва ўсіх відах сярэдняга і малодшага псыхапэрсоналу (мэдсёстры, сёстры культурніцы, санітары). Далей, трэба падрыхтаваць кадры культполітпрацаўнікоў, працінструктароў, фізкультурнікаў. У парадку разгортваньня мер у кваліфікацыі і перакваліфікацыі псыхіятрычнага пэрсоналу трэба паклапаціцца аб уцягненьні актыўных і палітычна сьвядомых сярэдніх і малодшых псыхпрацаўнікоў і рабочых здраўактыву на прадпрыемствах у Вузы.

11. Безадкладна павінен быць арганізаваны навукова абаснаваны статыстычны ўчот захворванасьці і дынамікі псыхічных хворых. Гэты аддзел статыстыкі ў БССР зусім не вядзецца ў дзяржаўным маштабе.

12. Сучаснае становішча стацыянарнай псыхдапамогі ў БССР, даючы рэзкую колькасную і якасную розьніцу параўнаўча з дарэволюцыйным часам, усё-ж павінна быць прызнана малаздавальняючым з пункту погляду запатрабаваньняў аздараўляючай работы ў другую пяцігодку. Лік больнічных коек недастатковы. Больніцы запоўнены хронікамі. Працоўная тэрапія ўжо разгорнута ў Магілеве і Менску і пачынае разгортвацца ў Віцебску. Паўсанаторы ў Магілеве адчынены, але яшчэ не арганізаваны поўнасьцю. Ня гледзячы на значнае палепшаньне псыхдапамогі ва ўсіх трох цэнтрах—Менск, Магілеў, Віцебск,—патрэбен больш рашучы і энэргічны паварот да рэконструкцыі.

13. Для БССР на другую пяцігодку абавязкова патрэбна агульнае павялічэньне стацыянарных месц, орыентовачна да 6200 (сучасных—1140). Згодна папярэдняму разьліку лічбы месц ва ўстановах 4-х тыпаў (больніца, колёнія для псыхінвалідаў, санаторы, працоўная колёнія для працаздольных хронікаў) суадносяцца паміж сабою наступным чынам:—больніца: інвалід, дамы санаторыі: колёніі = 1:0,7 : 0,2 : 3,5. Такім чынам, у працколёніях (працаздольных) к канцу пяцігодкі павінна быць 4200 месц, у больніцах 1149 месц, у колёніях для інвалідаў 803 і ў санаторыях 228.

Новы псыхіятрычны цэнтр, апрача трох наяўных, павінен быць у Гомелі, альбо трэба адпаведна пашырыць існуючы цэнтр у Магілеве.

14. Рэконструкцыя псыхіятрычнай справы падыме на належную вышыню псыхіятрычны ўчастак аховы здароўя. Яна надасьць псыхіятрычным установам зусім новыя якасьці. Зьнікнуць на заўсёды сьляды старых вар'яцкіх дамоў і больніц вастрожна-багадзельніцкага тыпу; на іх месца стануць магутныя псыхіятрычныя комбінаты, у якіх псыххворыя будуць ліквідаваць сваю часовую непрацаздольнасьць. Побач з гэтым, савецкая псыхіятрычная навука ўключае ў сябе псыхагігіену і псыхапрофіляктыку, якія яшчэ трэба перабудаваць на марксысцка-ленінскай аснове.

ПРЫНЦЫПЫ, МЭТОДЫ І ОРГАНІЗАЦЫЯ РАБОТЫ ПСЫХАНЭЎРОЛЁГІЧНАГА ДЫСПАНСЭРА (АБО ПСЫХАНЭЎРОЛЁГІЧНАГА АДДЗЯЛЕНЬНЯ АДЗІНАГА ДЫСПАНСЭРА).

(Тэзісы дакладу д-ра С. М. Афонскага на 1-й Усебеларускай конфэрэнцыі па псыханэўролёгіі).

1. У капіталістычным сьвеце за апошнія гады, у сувязі з цяжкім палітычным і экономічным крызісам, голадам і беспрацоўем, наглядаецца вялізарны рост агульнай (у тым ліку і нэрвова-псыхічнай) захворванасьці, сьмяротнасьці, самагубстваў.

2. У Савецкім саюзе ў выніку пераможнага ходу Кастрычніцкай рэволюцыі і пасьпяховага будаўніцтва соцыялізму на падставе цьвёрдага правядзеньня генэральнай лініі комуністычнай партыі, якая бязьлітасна змагаецца як з правым, так і з „левым“ опортунізмам—лініі, якая пры наяўнасьці вялікага энтузыязму рабочай клясы, што выявіўся ў шырокім ужываньні соцыялістычных форм працы—ударніцтва і соцспаборніцтва—забясьпечыла выкананьне вялізарнейшага пяцігадовага пляну ў 4 гады,—ахова здароўя мае буйныя посьпехі ў справе аздараўленьня шырокіх працоўных мас і значнага зьніжэньня захворванасьці і сьмяротнасьці, паляпшэньня матар'яльна-бытавога становішча, узьняцьця на значную вышыню культурнага роўню рабочай клясы, палепшаньня санітарнага становішча гарадоў, барацьбы з санітарнай няпісьменнасьцю насельніцтва, шырокага разьвіцьця сеткі лекава-профіляктычных установ і разгортваньня профіляктыкі і дыспансэрызацыі.

3. XVII Усесаюзная партыйная конфэрэнцыя грунтоўнай палітычнай задачай другой пяцігодкі ставіць канчатковую ліквідацыю капіталістычных элемэнтаў і клясаў наогул, пераможаньне перажыткаў капіталізму ў экономіцы і сьвядомасьці мас і стварэньне бясклясавага грамадзтва, што высоўвае перад усёй аховай здароўя, у тым ліку і перад псыханэўролёгіяй, задачу найхутчэйшай соцыялістычнай рэконструкцыі.

Апошняя азначае перш за ўсё перабудову ўсёй псыханэўролёгічнай дапамогі па шляху цьвёрдага выкананьня пастановы сьнежаньскага пленуму ЦК УсеКП(б) у 1929 г. аб клясава-дыфэрэнцыяваным мэдычным абслугоўваньні рабочых і сялян, рашучага павароту тварам да вытворчасьці, падпарадкаванасьці работы інтарэсам соцыялістычнага будаўніцтва і ўсямернага яму садзейнічаньня, пэрспэктыўнага ўчоту і плянавай пабудовы ўсёй псыханэўролёгічнай (як больнічнай, так і па-забольнічнай) дапамогі, значнага разгортваньня псыхагігіенічнай работы, павышэньня эфэктыўнасьці ўсёй лячэбнай працы (больш актыўныя мэтоды тэрапіі, працоўная тэрапія).

4. На долю псыханэўролёгічнай організацыі, якая на жаль да гэтага часу зьяўляецца найбольш адсталым участкам ва ўсёй сыстэме нашай аховы здароўя, выпадае ў вялікай ступені адказная і пачэсная задача максымальнага садзейнічаньня соцыялістычнай перабудове ўсёй народнай гаспадаркі, пабудове соцыялізму ў нашай краіне, шляхам барацьбы з нэрвова-псыхічнай захворванасьцю—цяжкой спадчынай былога памешчыцка-буржуазнага ладу і імпэрыялістычнай вайны,— шляхам падняцьця і ўзмацненьня нэрвова-псыхічных здольнасьцяў працоўных праз аздараўленьне ўмоў працы і быту і падвышэньне псыхасанітарных і псыхагігіенічных ведаў і звычак.

5. Бязумоўнымі прадпасылкамі пасьпяховага выкананьня соцыялістычнай псыханэўролёгіяй гэтых вялізарных задач зьяўляецца цэлы рад момантаў, як-та: карэнная перабудова як зьместу, так і мэтодаў самой працы, значнае пашырэньне сеці псыханэўролёгічных устаноў, правільная іх організацыя па прынцыпу ступенчатасьці—псыханэўролёгічныя габінэты поліклінік або аддзяленьні адзіных дыспансэраў, псыханэўролёгічныя дыспансэры, нэрвовыя аддзяленьні соматычных больніц, псыхіятрычныя больніцы, санаторыі, здраўніцы, працоўныя колёніі.

6. Па-забольнічная псыханэўролёгічная організацыя мае справу з найбольшымі контынгентамі ня толькі хворых, але і здаровых працоўных, сярод якіх яна праводзіць пры дапамозе дыспансэрных мэтодаў шырокую аздараўляльную работу, будуе яе на прынцыпах нэўра-псыха-гігіены і профіляктыкі; абслугоўваючы пераважна працоўных соцыялістычнай прамысловасьці і соцыялістычнага сэктару сельскай гаспадаркі, яна адыгрывае вялікую ролю ў справе зьнішчэньня разрыву, які яшчэ існуе паміж псыханэўролёгіяй і патрэбамі соцыялістычнага будаўніцтва.

7. У практыцы па-забольнічных устаноў існаваў вядомы трафарэт, з домінаваньнем вузка-лячэбных мэтодаў узьдзейнічаньня на хворага. Рэорганізацыя па-забольнічнай псыханэўролёгічнай дапамогі ў далейшым павінна пайсьці па шляху значнага пашырэньня сеці ўстаноў дыспансэрнага тыпу— у буйнейшых прамысловых цэнтрах адчыненьня псыханэўролёгічных дыспансэраў або псыханэўролёгічных аддзяленьняў

адзіных дыспансэраў, стварэньня псыханэўролёгічных габінэтаў пры амбуляторыях або паліклініках, а таксама арганізацыі працы псыханэўролёгаў і псыханэўрагігіеністаў пры здраўпунктах найбольш важных прадпрыемстваў.

Органам аховы здароўя трэба зрабіць усе захады да таго, каб дыспансэрныя мэтоды працы—плянавы ўчот і абслугоўваньне хворых, сыстэматычны дыспансэрны нагляд некаторых пэўных катэгорый, пэрыодычныя групавыя агляды працоўных з выяўленьнем сярод іх так званых субкомпэнсаваных носьбітаў нэрвова-псыхічнай захворванасьці, вывучэньне і аздараўленьне ўмоў працы і быту, барацьба за зьнішчэньне прагулаў і зьніжэньне дзён часовай непрацаздольнасьці, сыгналізацыйная статыстыка, правядзеньне абсьледваньняў на даму, аказаньне розных форм соцыялістычнай дапамогі ад прадастаўленьня і зьмены працы да абароны на судзе і налажэньня апекі, ажыцьцяўленьне цэлага раду профіляктычных і аздараўляльных мерапрыемстваў і г. д.—сапраўды ўжываліся ня толькі дыспансэрамі, а таксама і псыханэўролёгічнымі габінэтамі амбуляторый і поліклінік.

8. Задачы падняцьця продукцыйнасьці працы рабочых і працоўнага сялянства ў мэтах выкананьня імі соцыялістычнага прамфінпляну павінна адпавядаць шырокая нэўрапсыхагігіенічная работа, якая праводзіцца псыханэўролёгічным дыспансэрам на вытворчасьці, у колгасах і саўгасах у відзе так званых нэўрапсыхагігіенічных консультацый і цэлага раду аздараўляльных мерапрыемстваў з апорай на нізавыя, але вядучыя зьвеньні соцыялістычнай аховы здароўя—здраўпункты на прадпрыемствах, пры ўдзеле і дапамозе шырокіх рабочых і колгасных мас.

9. Псыха-фізычнае здароўе працоўнага колектыву і пры тым ня толькі хворы, а таксама і здаровы член гэтага колектыву павінны быць об'ектамі псыха-гігіенічнай работы, па лініі якой псыханэўролёгічны дыспансэр увязваецца з усімі партыйнымі, савецкімі, профэсыянальнымі, гаспадарчымі і грамадзкімі організацыямі, вядучымі барацьбу на агульна-культурным фронце—барацьбу з перажыткамі старога быту: з алькоголізмам, вэнэрызмам, рэлігійнасьцю, хуліганствам і злачыннасьцю, барацьбу за санітарную пісьменнасьць—за агульна-санітарны і псыха-гігіенічны мінімум.

10. Псыханэўролёгічны дыспансэр, у цесным контакце з здраўпунктам, разам з органамі аздараўленьня і організацыі працы, адміністрацыяй прадпрыемства і рацыяналізатарскімі бюро прымае ўдзел у рацыяналізацыі ўмоў працы, у правільнай расстаноўцы сіл, у перакідцы з аднаго віду працы на другую ў межах таго самага прадпрыемства, у скарыстаньні на тэй ці іншай працы ў вытворчасьці часткова або часова непрацаздольных. Разам з соцыяльна-бытавым сэктарам фабзаўмясцкому псыханэўролёгічны дыспансэр садзейнічае спрыяючым умовам харчаваньня ў сталовай, мэтазгодна з псыхасанітарнага пункту погляду організуе час перапынку паміж працай, консультуе па пытаньням сну,

адпачынку, правільнага іх рэжыму, а таксама рэжыму разумовай працы (тут ня трэба захапляцца, бо надмерная рэжымізацыя можа даць адваротны вынік—робячы здаровага нэўротыкам). Для гэтага дыспансэр організуе ў чырвоных кутках, клюбе, сталовай, цэхах праз насьценгазэту, дошку або скрынку пытаньняў і адказаў санасьветы па нэўрапсыхагігіене, насычаючы яго палітычным бальшавіцкім зьместам палітычнай орыентацыі, усямерна ўцягвае ў аздараўляльную работу т-вы барацьбы з алькоголізмам, псыхагігіенічныя камісіі, камісіі аздараўленьня працы і быту і г. д., імкнучыся пры гэтым пабудаваць работу апошніх на падставе нэўрапсыхагігіены.

11. Псыханэўролёгічны дыспансэр у мэтах барацьбы з прагуламі, у мэтах профіляктыкі і зьніжэньня нэрвовапсыхічных захворваньняў праз габінэт учоту і статыстыкі там, дзе апошні маецца, або праз рэгістратуру—організуе і праводзіць сыгналізацыйны ўчот нэрвова-псыхічнай захворванасьці рабочых вядучых галін вытворчасьці з часовай стратай працаздольнасьці; магчымы і пажаданы пэрыодычныя мэдагляды ўдзельнікаў паасобных вытворчых груп, як-та тых, хто доўга і часта хварэе, хронічна адстаючых. Мэдагляды гэтыя могуць рабіцца як у дыспансэры, так і на здраўпункце доктарам дыспансэра, што зьяўляецца яшчэ больш мэтазгодным.

Сюды таксама адносіцца правядзеньне сыстэматычных мэдычных аглядаў рабочых гарачых цэхаў у мэтах вывучэньня і барацьбы з профшкоднасьцямі і профзахворваньнямі па лініі нэрвова-псыхічнай сфэры. Апошняе не павінна насіць характар узмоцненага і настойлівага шуканьня, якое вынікала з установак старога опортуністычнага кіраўніцтва ВЦСПС, паколькі рабочы ва ўмовах Савецкага саюзу і бурнага соцыялістычнага будаўніцтва знаходзіцца ў зусім іншых вытворчых адносінах і становішчы, чым ва ўмовах капіталізму (там рабочы—прыдатак да машыны, нявольнік, тут—актыўны будаўнік, барацьбіт за соцыялізм, гаспадар), і характар працы зусім у корані мяняецца (там сродкі нажывы і эксплёатацыі, тут—„справа гонару, справа славы, мужнасьці і гэройства").

12. Паколькі псыханэўролёгічны дыспансэр павінен змагацца за правільную організацыю працы і яе аздараўленьне на прадпрыемствах, ён павінен прыняць таксама ўдзел па сваёй галіне ў рабоце па профадбору і профконсультацыі, бо апошняя, правільна пастаўленая і праводзімая, зьяўляецца сродкам узьняцьця продукцыйнасьці працы, які папярэджвае профэсыянальную захворванасьць і заўчасную непрацаздольнасьць. Тут, у далейшым, ня можа быць міжведамственых спрэчак паміж органамі аховы здароўя і аховы працы, а павінен быць контакт, увязка і выразнае разьмеркаваньне функцый апошніх, бо нельга лічыць нормальным і правільным зьявішчам тое становішча, калі вывучэньне пытаньняў працы на прадпрыемстве да гэтага часу вялося органамі аховы

працы ізолявана, бяз усякага супрацоўніцтва органаў аховы здароўя. Гэта спрэчнае пытаньне павінна быць вырашана выразным разьмеркаваньнем і разьмежаваньнем функцый апошніх на прадпрыемстве, што прывядзе да зьнішчэньня паралелізму, і абязьлічкі ў працы. І органы аховы здароўя (здраўпункт, псыханэўролёгічны дыспансэр) і органы працы (інспэкцыя працы, страхавыя органы, Інстытут аздараўленьня і організацыі працы і яго філіялы на мясцох) падпарадкаваны аднэй агульнай задачы—справе барацьбы з прагуламі, зьніжэньня нэрвова-псыхічнай захворванасьці, узьняцьця продукцыйнасьці працы і ўсямернага садзейнічаньня выкананьню вытворчага пляну прадпрыемства.

13. Дзеля вывучэньня санітарна-гігіенічнага становішча прадпрыемства, умоў працы і профэсыянальна-шкодных момантаў на прадпрыемстве, азнаямленьня з тэхнолёгічнымі процэсамі, унясеньня ў іх рацыяналізатарскіх з пункту погляду псыханэўролёгіі прапаноў, правядзеньня пэрыодычных аглядаў паасобных груп рабочых у мэтах іх дыспансэрызацыі, сыстэматычнага нагляду за тымі, хто часта і доўга хварэе, непасрэдна на вытворчасьці, консультацый адносна прыгоднасьці рабочага пры тым ці іншым нэрвовым або псыхічным захворваньні і пераводаў з аднаго віду працы на другі, правядзеньня псыхагігіенічных консультацый і аздараўляльных мерапрыемстваў, укараненьня ў працу на вытворчасьці нэўра-псыхагігіены і профіляктыкі, уцягваньня ў гэту справу рабочых і г. д.—псыханэўролёгічны дыспансэр вылучае з свайго складу і прымацоўвае да больш буйных прадпрыемстваў доктара нэўрапатолёга або псыхіятра, які праводзіць прыёмы нэрвова-псыхічна-хворых або паасобных груп рабочых данага прадпрыемства, дае доктару здраўпункту консультацыі па розным пытаньням, якія датычацца хворых, і організуе псыхагігіенічную работу.

Пры патрэбе комплекснага і шырокага вывучэньня тэй ці іншай фабрыкі або заводу, дыспансэр праводзіць адпаведную работу сіламі некалькіх сваіх дактароў мэтодамі брыгаднай работы. Уся гэта работа па вывучэньні і дыспансэрызацыі адпаведнага прадпрыемства праводзіцца плянава і сыстэматычна ў самым цесным контакце і сувязі з здраўпунктам, камісіяй аховы здароўя на прадпрыемстве, разам з інстытутам організацыі і аздараўленьня працы або яго філіялам.

Псыхагігіеністы і псыханэўролёгі, якія будуць існаваць на буйных прадпрыемствах, павінны прымацоўвацца да дыспансэру.

14. Псыханэўролёгічная дыспансэрная організацыя, якая мае ў мінулым значныя дасягненьні па лініі лячэбнай работы—лячэньне наркоманаў, дыспансэрызацыя хворых на прогрэсыўны паралюш і г. д.—павінна ў далейшым ні ў якім разе не аслабляць, а яшчэ больш разгарнуць гэту галіну сваёй дзейнасьці. Усякія тэорыі аб тым, што социялістычнае будаўніцтва на сучасным этапе само па сабе зьніштажае

вовыя і псыхічныя захворваньні, незалежна ад дзейнасьці социялістычнай аховы здароўя, зьяўляюцца праявай „левага“ опортунізму, шкодным у тым сэнсе, што яно дэмобілізуе нас у барацьбе з захворванасьцю.

15. Пытаньне правільнага ўчоту і статыстыкі нэрвовых і псыхічных захворваньняў, псыхапатый, наркотызму і г. д., ва ўмовах плянавага правядзеньня аздараўляльных мерапрыемстваў сярод працоўных патрабуюць правільнай і добра пастаўленай работы габінэту ўчоту і статыстыкі пры псыханэўролёгічным дыспансэры. На габінэце ляжыць задача ня толькі зьбіраньня вестак аб захворванасьці, але і намнажэньня агульных социяльна-гігіенічных матар'ялаў, іх апрацоўкі з вывядзеньнем корэляцый і паказальнікаў у адносінах розных форм нэрвова-псыхічнай захворванасьці і псыханэўротраматызму розных груп працоўнага насельніцтва ў даным раёне. Толькі правільнае, своечасовае і сыстэматычнае атрыманьне статыстычных матар'ялаў аб нэрвова-псыхічнай захворванасьці дазволіць псыханэўролёгічнаму дыспансэру мець выразны і яскравы плян аздараўленьня ўмоў працы і быту, які ідзе насустрач патрэбам прамфінпляну. Габінэт учоту і статыстыкі павінен ведаць таксама работай усяго абсьледвальніцкага пэрсоналу (сясьцёр-абсьледвальніц), сумуючы заданьні апошняга па матар'ялам дактароў, інструктуючы і правяраючы іх у іх рабоце на даму і прадпрыемстве; ім павінна праводзіцца сыгналізацыйная статыстыка, а таксама ўвязка работы псыханэўролёгічнага дыспансэру з установамі і прадпрыемствамі з поваду таго ці іншага аздараўляльнага мерапрыемства, як і правядзеньне ў жыцьцё патрэбнай социяльнай дапамогі. Там, дзе няма асобных габінэтаў учоту і статыстыкі (псыханэўролёгічныя габінэты поліклінік і амбулаторый), гэта работа павінна часткова праводзіцца агульнай рэгістратурай пад наглядам і кіраўніцтвам нэўра-псыхагігіеніста.

16. Паколькі об'ектам псыханэўролёгічнай дапамогі зьяўляецца захварэўшая асоба на розных узросных этапах яе разьвіцьця і фармаваньня, псыханэўролёгічны дыспансэр павінен побач з дарослымі псыхічна і нэрвова-хворымі прымаць і абслугоўваць нэрвова і псыхічна-хворых дзяцей. Адсюль выцякае патрэба ў стварэньні пры псыханэўролёгічным дыспансэры дзіцячага псыханэўролёгічнага габінэту або прыёму, па лініі якога павінен быць самы цесны контакт з дзіцячым дыспансэрам або з адпаведным аддзяленьнем адзінага дыспансэра, а праз іх—са школамі, школьна-санітарнай організацыяй і пэдолёгамі; пры буйных дыспансэрах павінны быць свае пэдолёгі.

17. З тае прычыны, што ў этыолёгіі нэрвова-псыхічнай захворванасьці вельмі значную ролю адыгрывае люэс, псыханэўролёгічны дыспансэр павінен увязваць сваю работу з работай вэнэролёгічнага дыспансэра або габінэта, што пры правільнай організацыі можа прывесьці да сыстэматычнага і пагалоўнага агляду на пэўнай стадыі хворых на люэс, якія

лечацца ў вэнэролёгічным дыспансэры,—апошняе дало-б магчымасьць улаўліваць значна часьцей пачатковыя формы нэўра-люэсу, якія, як правіла, павінны знаходзіцца і пад наглядам нэўрапатолёга і псыханэўролёга. Апрача таго, вельмі пажадана практыкаваньне сумесных навуковых дэмонстрацый і паседжаньняў абодвух дыспансэраў або аддзяленьняў дыспансэра. Тое самае, толькі ў меншай меры, павінна мець месца ў адносінах да выпадкаў вісцэральнага сыфілісу, пры якім нярэдка наглядаюцца зьявы нэўралюэсу і якія знаходзіцца звычайна пад наглядам тэрапэўтычнага габінэту або аддзяленьня.

Само сабой зразумела, што ў адносінах да гэтых выпадкаў асабліва трэба сачыць за сваячасовым правядзеньнем курсаў лячэньня, у сувязі з тым, што нэўралюэс часта зьяўляецца вынікам несваечасовага, неакуратнага або недастатковага лячэньня, і ўжываць тыя самыя меры ўзьдзейнічаньня на хворага, якія ўжываюцца вэнэрычным дыспансэрам.

18. Улічваючы значную распаўсюджанасьць эпілепсіі і тое соцыяльнае значэньне, якое яна мае—хворыя ў большасьці сваёй працаздольны, але ў сувязі з прыпадкамі трацяць часова працаздольнасьць,—правільная расстаноўка хворых эпілептыкаў на прадпрыемстве надзвычайна важна як для хворага, так і для вытворчасьці. Гэтую катэгорыю хворых псыханэўролёгічны дыспансэр павінен мець на ўчоце і пад сваім сталым наглядам, у адпаведных выпадках накіроўваючы таго ці іншага хворага ў псыхіятрычную больніцу або ў колёнію. Значная адносная вага эпілепсіі ў нэрвова-псыхічнай захворванасьці і патрэбнасьці далейшага вывучэньня форм барацьбы з ёю і яе лячэньня робіць дыспансэр вельмі зацікаўленым у станоўчым вырашэньні пытаньня ў другую пяцігодку аб стварэньні адпаведнай больніцы для хворых эпілептыкаў. Зразумела, што дэмэнтныя формы павінны накіроўвацца ў колёніі або больніцы для хронікаў, а псыхічна-хворыя эпілептыкі—у псыхіятрычныя больніцы.

19. Нарколёгічная работа зьяўляецца аднэй з важнейшых частак работы псыханэўролёгічнага дыспансэру або аддзяленьня адзінага дыспансэру, паколькі наркоманіі і асабліва алькоголізм яшчэ маюць пэўнае распаўсюджаньне і надзвычайна зьніжаюць соцыяльную значнасьць асобы, у чым іх вялікая соцыяльна-адмоўная роля. Асаблівае-ж значэньне мае барацьба з алькоголізмам як момантам, які перашкаджае пасьпяховаму выкананьню прамфінпляну на вытворчасьці, з прычыны зьвязаных з ім прагулаў, зьніжэньня продукцыйнасьці працы і працдысцыпліны.

Выдзяленьне нарколёгічнай работы ў асобную частку дыспансэру або асобныя наркодыспансэры і наркопункты штучна і вельмі непажадана. Дапамога алькоголікам павінна аказвацца ў буйным дыспансэры спэцыяльным нарколёгам, у аддзяленьні—псыхіятрам або псыха-нэўролёгам. Цяжкія выпадкі алькоголізму, якія не падыходзяць для дыспансэрнага лячэньня, накіроўваюцца ў спэцыяльную больніцу для наркоманаў (пры

Цэнтральным Псыханэўролёгічным дыспансэры) або ў нарколёгічныя аддзяленьні аднэй-двух псыхабольніц. Псыхічна хворыя на глебе алькоголізму (алькогольны галюцыноз, корсакаўскі псыхоз, белая гарачка) могуць і павінны трапляць, як і раней, у псыхіятрычныя больніцы. У буйных прамысловых цэнтрах павінны быць створаны пры міліцыі наркопрыемнікі або так званыя ацьвярожвальнікі з паўстацыянарамі пры іх і для кароткатэрміновага 3—5-дзённага побыту ў іх алькоголікаў; з гэтымі ўстановамі псыханэўролёгічныя дыспансэры і аддзяленьні павінны таксама быць зьвязаны ў іх нарколёгічнай рабоце. Правільная пабудова нарколёгічнай дапамогі патрабуе стварэньня аднэй-двух працоўных калёній для прымусовага лячэньня тых выпадкаў алькоголізму, якія не паддаюцца вылячэньню ва ўмовах дыспансэру або больніцы. Калёніі зьяўляюцца лячэбнымі ўстановамі працоўнага тыпу з суровым рэжымам і разьлічаны на доўгі тэрмін побыту хворага— у 5-6 месяцаў. Прымусоваму лячэньню алькоголікі падлягаюць праз камісію па прымусоваму лячэньню пры Гарздраве, а прывод алькоголікаў у Камісію праводзіцца ў жыцьцё праз органы міліцыі. Гэта самая камісія праз прокуратуру ажыцьцяўляе высылку ў „сухія зоны“ (Поўнач, Урал і г. д.) алькоголікаў і наркоманаў, якія далёка зайшлі, дэклясаваліся і яскрава антысоцыяльны. Калі стварэньне спэцыяльнай больніцы і нарколёгічных аддзяленьняў псыхабольніц ёсьць задача бліжэйшага часу Нар. Ком. аховы здароўя, то організацыя наркопрыемнікаў зьяўляецца тэрміновай справай па лініі Галоўнага Кіраўніцтва Р. С. Міліцыі. Ад Наркомюсту-ж трэба дабівацца папаўненьня крымінальнага кодэксу артыкулам аб прымусовым лячэньні ў асабліва цяжкіх выпадках.

Барацьба дыспансэру з алькоголізмам не павінна праводзіцца ізолявана і абмяжоўвацца рамкамі лячэбнай і санасьветнай работы—яна патрабуе актыўнага ўдзелу дыспансэру ў ажыцьцяўленьні накіраваных супроць алькоголізму адміністрацыйных, культурна-бытавых і гаспадарчых мерапрыемстваў, якія праводзяцца партыйнымі, профсаюзнымі, гаспадарчымі і грамадзкімі організацыямі.

20. Па лініі псыхічных захворваньняў, наяўных у даным раёне, псыханэўролёгічны дыспансэр бярэ іх, у мэтах сыстэматычнага нагляду, на актыўны ўчот; у тых выпадках, дзе гэта патрэбна,—накіроўвае хворых на стацыянарнае лячэньне ў псыхабольніцы і, пасьля выпіскі з яе, мае праз абсьледвальніцкі пэрсонал нагляд над імі, інструктуе крэўных хворага, прымае ўдзел у стварэньні апекі, накіраваньні на працу, імкнучыся скарыстаць рэшткі працоўных мажлівасьцяй хворага, накіроўвае хворых у адпаведнай стадыі ў працоўныя калёніі або дамы хронікаў і інвалідаў. Для вядзеньня прыёму псыхічна-хворых і сумежных форм з псыхічнымі, у мэтах дакладнага ўчоту апошніх—з аднаго боку, і выяўленьня патагенных фактараў у асяродзьдзі з устаноўкай на іх зьнішчэньне, а таксама зьмяшчэньне хворых

у псыхіятрычную ўстанову з другога боку, мэтазгодна амбуляторны прыём псыхіятрычнай больніцы перадаць псыхіятрычнаму габінэту дыспансэру або псыха-нэўролёгічнага аддзяленьня адзінага дыспансэру.

21. Што датычыць найбольш шматлікай групы ў нэрвовых габінэтах амбуляторый, поліклінік і дыспансэраў—нэўротыкаў і псыха-нэўротыкаў (псыхотыкаў), то ў адносінах да яе псыханэўролёгічны дыспансэр павінен правільна паставіць і праводзіць псыхатэрапію ў розных яе відах і формах, маючы сваёй устаноўкай барацьбу з фіксацыяй асобы на праявах сваёй хваробы, імкнучыся ўсялякім спосабам пераключыць яе на працоўную накіраванасьць, удзел у колектыўна-карысных работах і творчасьці, уцягваючы яе для гэтага, з аднаго боку, праз ячэйкі т-ва барацьбы з алькоголізмам, камісіі аздараўленьня працы і быту і г. д. у грамадзкую работу па барацьбе з алькоголізмам, за санітарны і псыха-санітарны мінімум, з другога—у культурныя забавы і адпачынак, праз пролетарскія і грамадзкія організацыі (фізкультурныя організацыі, т-вы пролетарскага турызму і экскурсій), у спорт, паляваньне, турызм і экскурсіі. У адносінах іменна да гэтай групы нэрвовых захворваньняў, як найбольш лёгка „рэвэрзібельных" (обратимых), псыха-нэўрагігіена з яе правільным і рацыянальным уплывам на рэжым сну, адпачынку, палавога жыцьця і г. д. мае найбольшае профіляктычнае і аздараўляючае значэньне.

22. З функцыянальна-нэрвовых хворых трэба выдзеліць групку хворых на заіканьне, якая патрабуе спэцыяльных мэтодаў лячэньня адпаведнымі спэцыялістамі на курсах па лячэньні ад заіканьня або ў легопэдычных габінэтах пры псыханэўролёгічных дыспансэрах, прычым гэтыя габінэты павінны быць разьлічаны асобна длядарослых і для дзяцей-легопатаў з курсавымі мэтодамі лячэньня.

У тых выпадках, калі гэта работа праводзіцца ня доктарам, а пэдагогам-легопэдам,—хворыя адначасна знаходзяцца пад наглядам і на лячэньні ў псыханэўролёга, які, побач з іншымі дапаможнымі мэтодамі лячэньня, можа ўжываць псыхатэрапію, бо хворыя легопаты ў значнай сваёй колькасьці зьяўляюцца нэўротыкамі. У мэтах папярэджваньня рэцыдыву дыспансэр пасьля праведзенага курсу лячэньня павінен асабліва ўлічваць умовы работы і асяродзьдзя хворых. Справа па аздараўленьні гутаркі ў далейшым павінна значна разгарнуцца і будавацца больш дэцэнтралізавана.

23. Для дыягноставаньня складаных нэўролёгічных выпадкаў і больш хутчэйшага выздараўленьня некаторых форм органічных нэрвовых захворваньняў, якія зацягваюцца пры амбуляторнай форме лячэньня, патрэбна стварыць пры псыханэўролёгічным дыспансэры аддзяленьне адзінага дыспансэру дыягностычнага стацыянару; пры немагчымасьці-ж гэтага, як правіла, трэба выдзеліць пры гарадзкіх агульна-соматычных больніцах нэрвовыя аддзяленьні альбо палаты,

забясьпечыўшы іх кваліфікаванымі адпаведнымі спэцыялістамі, якія-б вялі адначасна работу ў псыханэўролёгічным дыспансэры або аддзяленьні.

У адносінах да групы „функцыянальных захворваньняў“ нэрвовай сыстэмы, у мэтах іх профіляктыкі і таксама больш хуткага і рацыянальнага аднаўленьня працаздольнасьці, трэба значна павялічыць прапускную здольнасьць дамоў адпачынку і стварыць пры некаторых з іх санаторныя аддзяленьні або псыхагігіенічныя здраўніцы для хворых, якія могуць поўнасьцю аднавіць сваю працаздольнасьць пры ўмовах больш доўгага (месяц) адпачынку і паўсанаторнага рэжыму. Для выпадкаў нэўрозаў і псыха-нэўрозаў, амбуляторнае лячэньне якіх зьяўляецца недастатковым і якія вымагаюць больш паглыбленага і сур'ёзнага лячэньня, павінен быць створаны сталы нэрвовы або нэўро-псыхіятрычны санаторы як лячэбна-профіляктычная ўстанова з сталым санаторным рэжымам, кваліфікаваным мэдычным пэрсаналам, спэцыяльнымі мэтодамі лячэбнага і фізычнага ўзьдзейнічаньня (фізычныя мэтоды лячэньня, псыхатэрапія—індывідуальная і колектыўная фізкультура і працоўная тэрапія). Як у здраўніцы, гэтак і ў нэрвовы санаторы хворыя накіроўваюцца організаваным парадкам праз псыханэўролёгічны дыспансэр і аддзяленьне адзінага дыспансэру або паводле іх адбору. Гэтыя па-забольнічныя ўстановы паўстацыянарнага тыпу павінны зьявіцца базай, на якой разгортваецца больш эфэктыўная лячэбная работа псыханэўролёгічнага дыспансэру хворых на нэўрозы, псыханэўрозы, рэактыўныя і сумежныя формы псыхічных захворваньняў.

24. Паколькі псыханэўролёгічныя дыспансэры або аддзяленьні адзінага дыспансэру і поліклінік асабліва зацікаўлены ў фізычных мэтодах лячэньня ня толькі нэўротыкаў і псыхотыкаў, а і органічных захворваньняў нэрвовай сыстэмы як цэнтральнай, так і пэрыфэрычнай, пастолькі фізыотэрапэўтычныя аддзяленьні, вадалячэбніцы і электрагабінэты павінны будавацца пры псыханэўролёгічных дыспансэрах альбо быць у сталай організаванай сувязі з апошнімі. Нэрвовыя-ж санаторыі і здраўніцы павінны абавязкова быць забясьпечаны прасьцейшымі мэтодамі фізычнае тэрапіі.

25. У радзе мерапрыемстваў нэўра-псыха-профіляктычнага зьместу фізкультура з яе ўстаноўкай на фізычна здаровага члена працоўнага колектыву павінна заняць у псыханэўролёгічным дыспансэры і аддзяленьні адзінага дыспансэру адпаведнае—значнае месца—габінэты дактароў фізкультурнікаў—і ня меншае месца ў нэўрапсыха-гігіенічнай рабоце на вытворчасьці (корэгуючая гімнастыка на вытворчасьці, фізкультурныя організацыі і г. д.).

26. Маючы справу са значнымі контынгентамі нэрвовых і псыхічных хворых (эпілептыкі, траўматыкі, шызофрэнікі, хворыя на эпідэмічны энцэфаліт, табэс, прогрэсыўны паралюш і г. д.), працаздольнасьць якіх на працягу пэўнага часу нагляду за імі мяняецца, псыха-нэўролёгічны дыспансэр

сочыць за станам працаздольнасьці тых хворых, якія працуюць на прадпрыемствах, дае адпаведныя заключэньні здраўпунктам аб апошніх, сочыць за становішчам іх здароўя і працаздольнасьцю шляхам нагляду на вытворчасьці, консультуе па пытаньням пераводу іх на іншую больш лёгкую і адпаведную работу, у выпадках страты працаздольнасьці і патрэбы пераводу на інваліднасьць, накіроўвае хворых на Бюро доктарскай экспэртызы, для больш правільнай работы якога, пры магчымасьці, уводзіць у яго склад аднаго з сваіх дактароў. Там, дзе для вызначэньня профэсыянальнай здольнасьці хворага трэба высьветліць становішча яго паасобных псыхічных функцый, дыспансэр накіроўвае яго ў адпаведныя ўстановы для псыхатэхнічнага дасьледваньня; буйны псыханэўролёгічны альбо адзіны дыспансэр арганізоўвае з гэтаю-ж самаю мэтаю ў сябе псыхатэхнічную лябораторыю.

У сувязі з тым вялікім значэньнем, якое набывае ў сучасны момант пытаньне прыстасаваньня хворых інвалідаў да вытворчай працы, Нар. ком. аховы здароўя разам з Наркомпрацы і Наркомсабесам трэба арганізаваць ня менш двух або трох працоўных профілякторыяў з рознымі майстэрнямі пры іх для профэсыянальнай перакваліфікацыі, прыстасаваньня і скарыстаньня іх на вытворчасьці; па лініі нэрвовых і псыхічных інвалідаў працоўны профілякторы ўвязваецца з псыханэўролёгічным дыспансэрам.

27. З прычыны спэцыфічных асаблівасьцяў нэрвова-псыхічнай патолёгіі, якая робіць асобу часта соцыяльна-небясьпечнай або соцыяльна-нецярпімай, выцякае неабходнасьць сувязі і контакту ў працы псыханэўролёгічнага дыспансэру з органамі суда, адміністрацыйнага нагляду і арганізацыямі судовай экспэртызы (прымусовае лячэньне, налажэньне апекі, высылка ў колёнію, у сухія зоны, прыцягненьне да судовай адказнасьці, заключэньне ў выпраўдом і г. д.),— што можа і павінна ажыцьцяўляцца псыханэўролёгічным дыспансэрам і аддзяленьнем адзінага дыспансэру праз Райздраў, адпаведныя пры ім камісіі, прокуратуру і органы міліцыі.

28. Меры соцыяльнай дапамогі нэрвовым і псыхічным хворым, якія маюць надзвычайна важнае значэньне ў пытаньнях іх быту і працы, палепшаньня іх матар'яльных і прававых умоў, псыханэўролёгічны дыспансэр ажыцьцяўляе праз Савет соцыяльнай дапамогі, які організоўваецца пры дыспансэры з прадстаўнікоў профэсыянальных, страхавых і грамадзкіх організацый з абавязковым удзелам членаў соцыяльна-бытавых камісій або камісій аздараўленьня працы і быту буйных і найбольш зацікаўленых у працы дыспансэру прадпрыемстваў. Савет павінен мець свой грашовы фонд соцыяльнай дапамогі, прадугледжаны каштарысам дыспансэру. Псыханэўролёгічнае аддзяленьне праводзіць гэту работу праз агульны Савет соцыяльнай дапамогі адзінага дыспансэру.

29. Псыханэўролёгічны дыспансэр, як лекава-профіляктычная ўстанова, якая праводзіць вялізарную работу па нэўрапсыхіятрычнаму аздараўленьню шырокіх працоўных мас, можа выканаць гэту вялізарную задачу пры ўмове правядзеньня значнай навукова-дасьледчай работы, якую ён павінен праводзіць у плянавым парадку і ўвязцы з іншымі навукова-дасьледчымі інстытутамі і ўстановамі, у першую чаргу—Цэнтральным Дзяржаўным Псыханэўролёгічным Інстытутам, а таксама Інстытутам організацыі і аздараўленьня працы. Вялізарныя соцыяльныя проблемы, як-та: барацьба з алькоголізмам, эпілепсіяй, інфэкцыямі нэрвовай сыстэмы, наркоманіямі, эпідэмічным энцэфалітам, псыханэўротраўматызмам і псыхічнымі захворваньнямі, патрабуюць далейшага вывучэньня гэтых захворваньняў у сэнсе ня толькі клінікі і патолёгіі, а таксама этыолёгіі і розных мэтодаў лячэньня на вялікім матар'яле. Мэтодыка псыхагігіенічнай работы на вытворчасьці, пытаньні скарыстаньня на ёй працаздольнасьці хворых з рэшткамі парушэньня функцыі пры розных формах захворваньняў нэрвовай сыстэмы, удзел у вывучэньні і разгортваньне соцыялістычных форм працы—соцспаборніцтва і ўдарніцтва—як момантаў, аздараўляючых, мобілізуючых псыхофізыолёгічныя рэсурсы ня толькі здаровага, але і хворага працоўнага, устанаўленьне рэжыму разумовай працы і адпачынку ў сувязі з узростам, профэсыяй і псыхофізычным становішчам, праверка эфэктыўнасьці розных мэтодаў псыхатэрапэўтычнага ўзьдзейнічаньня на функцыяльнага хворага, выпрацоўка навукова абгрунтаванай і практычна-каштоўнай клясыфікацыі нэўрозаў і псыханэўрозаў з крытыкай існуючых у буржуазнай навуцы клясыфікацый і г. д.,—вось тыя пытаньні, якія стаяць перад па-забольнічнай псыханэўролёгіяй і якія могуць і павінны быць вырашаны псыханэўролёгічнымі дыспансэрамі і аддзяленьнямі.

30. Уся складаная, вельмі адказная і ня менш паважная работа соцыялістычнай псыханэўролёгічнай сеці, у якой псыханэўролёгічныя дыспансэры, габінэты і псыханэўролёгічныя аддзяленьні адзіных дыспансэраў павінны адыгрываць значную ролю, у сэнсе опэрацыйным праводзіцца і коордынуецца Нар. ком. аховы здароўя і яго раённымі здраўаддзеламі. У найбольш буйных раёнах рэспублікі мэтазгодна існаваньне пры здраўаддзелах раённых псыханэўролёгаў. Задача-ж мэтодолёгічнага і навукова-дасьледчага кіраўніцтва па-забольнічнай псыханэўролёгічнай сецьцю, у тым ліку і псыханэўролёгічнымі дыспансэрамі і аддзяленьнямі адзіных дыспансэраў, кладзецца на іх цэнтральную ўстанову рэспубліканскага тыпу і значэньня—Псыханэўролёгічны Інстытут БССР.

НЭРВОВА-ПСЫХІЧНЫЯ ЗАХВОРВАНЬНІ СЯРОД ДЗЯЦЕЙ І ОРГАНІЗАЦЫЯ ПСЫХАНЭЎРОЛЕГІЧНАЙ ДАПАМОГІ ДЗЕЦЯМ У БССР.

Даклад д-ра Слуцкай

Разгортваньне соцыялістычнай аховы здароўя, якое вынікае з задач пабудовы бясклясавага грамадзтва ў другую пяцігодку, высоўвае на віднае месца шырокія мерапрыемствы па нэўра-псыхічнаму аздараўленьню ўзрастаючага пакаленьня ў нашай краіне.

Пытаньне нэўра-псыхічнага здароўя ўзрастаючага пакаленьня ёсьць пытаньне нэўра-псыхічнага здароўя будучых кадраў.

Некалькі слоў аб гісторыі разьвіцьця дзіцячай псыханэўролёгіі ў БССР.

У 1920 годзе ў Менску была ўпяршыню вызначана пасада школьнага псыхіятра для абслугоўваньня двух дзіцячых дамоў для дзяцей з псыхічнымі заганамі (дом для разумова-адсталых дзяцей і дом для юных правапарушальнікаў) і для псыханэўролёгічнай консультацыі рэшты дзіцячых установ і школ.

З 1922 году арганізаваны псыханэўролёгічны прыём дзяцей у цэнтральным дзіцячым дыспансэры (у той час яшчэ дзіцячая амбуляторыя). Далей вядзецца такі-ж прыём у Гомелі і ў апошнія два гады арганізаваны псыханэўролёгічны прыём у Віцебску, але з прычыны адсутнасьці адпаведнага доктара гэты прыём у Віцебску вядзецца пэрыодычна і надзвычайна абмежавана.

Па лініі аховы здароўя вядзецца вельмі вялікая сумежная работа па пэдолёгіі ў Менску і інш. вялікіх гарадох. Трэба таксама памянуць і аб сетцы дапаможных установ, якія маюцца па лініі НК асьветы.

У дзевяці гарадох Беларусі, уключаючы і Менск, у дапаможных групах і школах для разумова-адсталых дзяцей (з інтэрнатамі і бяз іх) маецца 1483 месцы.

У інтэрнатах для дзяцей, якія цяжка выхоўваюцца, разам з рэформаторыем у Барысаве—290 месц. Школа для цяжкіх

па выхаваньні дзяцей мае 140 месц. Усяго, такім чынам, для усіх цяжка-выхоўваемых дзяцей маецца 1913 месц, а з перагрузкай лічым 2.000 месц. Вядома, гэта колькасьць надзвычайна малая, калі мы прымем пад увагу, што ва ўсёй Беларусі лік дзяцей школьнага і дашкольнага ўзросту каля 1.000.000 (гарадзкога і сельскага насельніцтва),—для дзяцей дашкольнага ўзросту ніводнай дапаможнай установы няма. Апрача таго, трэба адзначыць, што тыя нешматлікія установы, якія маюцца, патрабуюць карэннай рэорганізацыі.

Між тым нэрвова-псыхічныя захворваньні ў дзіцячым узросьце займаюць даволі віднае месца ў радзе іншых захворваньняў дзяцей, а таксама ў параўнаньні з нэрвова-псыхічнымі захворваньнямі дарослых.

Па даным Цэнтральнага дзіцячага дыспансэру процант дзяцей, якія ўпяршыню зьвяртаюцца за дапамогай у псыханэўролёгічны габінэт, складае 1,7% агульнае колькасьці пяршачных наведваньняў. Па даным ЦСУ нэрвова-псыхічныя захворваньні сярод дарослых БССР складаюць ад 3-4% усіх захворваньняў насельніцтва.

Нэрвова-псыхічныя захворваньні ў дзіцячым узросьце вельмі рознастайны. Даволі сказаць, што, распрацоўваючы матар'ял псыханэўролёгічнага габінэту ў Менску за апошнія 4 гады (з 1928 году па 1931 год), нам прышлося ўлічыць 70 рознастайных клінічных форм.

Усіх наведваньняў за 4 гады ў псыханэўролёгічным габінэце было каля 5.000, з іх першаісных 57%—2715. Вядома, мы зьвяртаем галоўную ўвагу на хваробы, якія часьцей сустракаюцца і маюць найбольшае соцыяльнае значэньне.

Гэты процант некалькі зьменшаны, бо наведваньне псыханэўролёгічнага габінэту бязумоўна ня зусім супадае з захворванасьцю нэрвовай сыстэмы ў жыцьці.

Асабліва гэта мае значэньне ў выпадках функцыянальных захворваньняў, бо ў большасьці выпадкаў бацькі не зьвяртаюць на іх належнае і сваечасовае ўвагі, апрача таго, некаторыя органічныя выпадкі пападаюць па-за межы ЦДД. На пяршачным прыёме амбуляторыі нэрвовапсыхічныя захворваньні дзяцей паводле нашага матар'ялу разьмяркоўваюцца па свайму колькаснаму значэньню ў наступным парадку.

Табліца № 1.

№№ п/п.	Дыягноз	Агульная колькасьць	% %
1.	Псыха-нэўрозы	997	36
2.	Заіканьне	247	8,8
3.	Органічныя захворваньні цэнтральнай нэрвовай сыстэмы. . .	181	6,5
4.	Эпілепсія	177	6,4
5.	Разумовая адсталасьць. . . .	156	6,1

№№ п/п	Дыягноз	Агульная колькасьць	% %
6	Энурэз	123	4,8
7	Олігофрэнія	124	4,5
8	Пэрыфэрычныя захворваньні нэрвовай сыстэмы	84	3,1
9	Струма	76	2,8
10	Галаўны боль, мігрэнь і бяссоньніца	71	2,7
11	Харэя	55	2,1
12	Вострыя псыхозы	25	0,9
13	Эндокрынопатыя . . .	24	0,8
14	Онанізм.	26	0,9
		Разам	87,3%

Рэшта 12,7% падзяляюцца па другім рэдка сустракаючымся формам. Вядома, што ў гэтай зводцы ўлічаны толькі пяршачныя наведваньні. Некалькі тлумачальных слоў да гэтай табліцы.

Першая група—група псыха-нэўрозаў—зьяўляецца зборнай і складаецца з наступных падгруп:

1) Нэўрастэнія . . . . 387—38,5%
2) Гістэрыя . . . . 66— 6,5%
3) Падвышэньне нэрвовай узбуджальнасьці 201—20%
4) Рэактыўны нэўроз . . . . . . 96—10%
5) Нэўрапатыя . . . . 180—18,8%
6) Псыхапатыя . . . . 67— 6,5%

Разам 997 —

Такім чынам з гэтай табліцы найбольш многалікую групу складаюць дзеці нэўрастэнікі і дзеці, якія знаходзяцца ў стане падвышанай нэрвовай узбуджальнасьці, але не ўкладаюцца ўсё-ж такі ў адпаведныя клінічныя адзінкі. Калі к групе псыха-нэўрозаў дадаць таксама дзяцей, якія хварэюць на заіканьне, энурэз і онанізм—то процант дзіцячых захворваньняў складзе 50% агульнай колькасьці нэрвова-псыхічных захворваньняў дзіцячага ўзросту. Таксама для яснасьці мы вылучылі паасобна эпілепсію (6,4%), якая зьяўляецца даволі шматлікай у нашым матар'яле. Такое-ж віднае месца займаюць органічныя захворваньні цэнтральнай нэрвовай сыстэмы. Сюды ўваходзяць: поліоміэліты, спастычныя паралюшы, энцэфаліты, мэнінгіты і інш. Вельмі рэдкія ў нашым матар'яле люэтычныя захворваньні цэнтральнай нэрвовай сыстэмы і выпадкі конгенітальнага люэсу (усяго 13 выпадкаў—0,4%). Нешматлікасьць групы эндокрынопатыі тлумачыцца

тым, што гэтыя выпадкі часта супадаюць з разумовай ад сталасьцю і пералічваюцца ў групе олігофрэніі. Бедна прадстаўлена ў нашым матар'яле група харэі. Гэта тлумачыцца тым, што найбольш цяжкія выпадкі часта трапляюць упяршыню ў стацыянар дзіцячай клінікі, а цяпер—у дзіцячы стацыянар нэрвовай клінікі. Што датычыцца вострых дзіцячых псыхозаў, то па нашаму матар'ялу яны складаюць 0,9%, але затое многалікай зьяўляецца група олігофрэніі. Некаторыя даныя аб нэрвова-псыхічных захворваньнях дзяцей мы атрымалі з Гомеля, (па даным работы псыханэўролёгічнага габінэту за 6 гадоў). Найбольш частая форма—гэта псыха-нэўрозы. Псыхозы вельмі рэдкі: напрыклад, маніякальна-дэпрэсыўны псыхоз 9 выпадкаў на 10.000 наведваньняў, шызофрэнія—4-5 выпадкаў на 1.000 наведваньняў. Олігофрэны складаюць даволі значную групу, і для іх патрабуецца стацыянар на 50-60 ложкаў. Мы імкнуліся таксама ўстанавіць характарыстыку нэрвова-псыхічнай захворванасьці ў дзіцячым узросьце ў БССР па даным ЦСУ на 1927-28 гг. (даныя агульных амбуляторый і нэрвовых габінэтаў).

На жаль адпаведнымі табліцамі мы кіравацца ня можам. Па-першае, на іх прадстаўлен узрост толькі да 14 гадоў; па-другое, вылучана вельмі мала клінічных форм, ня вылучана група эпілепсіі і іншыя органічныя захворваньні цэнтральнай нэрвовай сыстэмы; па-трэцяе, каля 40% даных складаюць групу „іншых". Незразумела, чаму па даным ЦСУ адзначаецца падвышэньне процанту дзіцячых псыхозаў у параўнаньні з псыхозамі ў дарослых. Іменна—21-23% ў адносінах да іншых захворваньняў. У гэтую колькасьць дзяцей псыхічна-хворых напэўна ўключаны і олігофрэны, але і гэта лічба вельмі далёка ад дакладнасьці. Мы добра ведаем, што процант вострых дзіцячых псыхозаў вельмі невялікі. Конкрэтна: па даным псыхіятрычнай клінікі ў Менску за пэрыод ад 1930 па 1931 год наведваньняў было каля 1504, з іх дзяцей 49 (3,1%), з якіх псыхозаў было ўсяго 23, г. зн. 1,6% усяго наведваньняў, рэшта — гэта олігофрэны і эпілептыкі. Паводле даных, якія атрыманы з Магілеўскай і Віцебскай псыха-лячэбніц, вострыя дзіцячыя псыхозы вельмі рэдкія; значна часьцей сустракаюцца глыбокія олігофрэны. Калі мы зьвернемся за данымі да спэцыяльнай дзіцячай псыхіятрычнай клінікі пры Данской больніцы ў Маскве, то мы ўбачым, што на матар'яле 378 дзяцей, якія паступілі за час з 1921 па 1928 год, вострыя дзіцячыя псыхозы складаюць толькі 20% агульнай колькасьці паступленьняў, а псыха-нэўрозы 32%, олігофрэны—15%. Гэтыя процанты супадаюць з данымі дзіцячай псыхіятрычнай клінікі ў Цюрыху за гэты-ж час.

На матар'яле 643 дзяцей амбуляторыі і пэдолёгічнага габінэту школы-санаторыі Гурэвіча ў Маскве за час 1924-1925 г. лік псыхічна-хворых дзяцей раўняўся ўсяго 53, або 8% агульнай колькасьці паступленьняў (справаздача аб

рабоце псыханэўролёгічнай і пэдолёгічнай школы-санаторыі за 1924-25 гг. „Пытаньні пэдолёгіі і дзіцячай псыха-нэўролёгіі“, зб. № 2).

Такім чынам з усіх гэтых параўнаўчых літаратурных даных мы бачым, што вострыя псыхічныя захворваньні ў дзіцячым узросьце бязумоўна не займаюць віднага месца ў радзе іншых дзіцячых нэрвова-псыхічных захворваньняў. Пэўне, да прыведзеных даных ЦСУ адносна дзіцячых псыхозаў трэба аднесьціся вельмі крытычна.

Ад Дзіцячай Менскай клінікі намі атрыманы даныя па захворваньням дзяцей на мэнінгіт. За час з 1928 па 1931 год штогодна бывае 140-160 выпадкаў мэнінгіту (у першым квартале 1932 году было 77 выпадкаў, што складае 8% усіх паступленьняў у дзіцячую клініку).

Падагуліўшы ўсе даныя, якія датычацца нэрвова-псыхічных захворваньняў дзіцячага ўзросту, мы бачым, што 50% усіх гэтых захворваньняў падае на функцыянальныя. Віднае месца займаюць органічныя захворваньні цэнтральнай нэрвовай сыстэмы (разам з эпілепсіяй каля 15%) і олігофрэнія—каля 5%. Што датычыцца органічных захворваньняў цэнтральнай нэрвовай сыстэмы ў дзяцей, то мы маем таксама даныя з матар'ялу амбуляторыі нэрвовай клінікі. Так, за 1930 г. колькасьць органічных захворваньняў цэнтральнай нэрвовай сыстэмы ў дзяцей да 16 гадоў складае 184 выпадкі—22% агульнай колькасьці зьвярнуўшыхся ў першы раз у амбуляторыю органікаў. Таксама на матар'яле нэрвовай клінікі мы можам зрабіць параўнаньне паміж некаторымі формамі нэрвовых і псыхічных захворваньняў у дзіцячым узросьце з такавымі ў дарослых. У 1925 годзе праз амбуляторыю нэрвовай клінікі прайшло 5089 першаісных хворых, з іх 47% складаюць функцыянальныя захворваньні нэрвовай сыстэмы. Па нашым-жа матар'яле функцыянальныя захворваньні складалі 60%. Група эпілепсіі па нашым матар'яле складае 6,4%, а па матар'ялам амбуляторыі нэрвовай клінікі 7% (нэрвовыя захворваньні ў БССР па матар'ялам нэрвовай клінікі Мэдінстытуту і НКАЗ—проф. Кроль і д-р Богарад. „Беларуская мэдычная думка“, 1926 год, № 7 і 9). Пачынаючы з 1924 году па 1928 год праз амбуляторыю нэрвовай клінікі прайшло 15.776 пяршачных хворых, з іх функцыянальных было 47%, эпілептыкаў 5%, пэрыфэрычных захворваньняў нэрвовай сыстэмы 6%, люэтычных захворваньняў 6%. З усіх гэтых прыведзеных даных мы бачым, што функцыянальныя захворваньні нэрвовай сыстэмы складаюць палову ўсіх нэрвовых і псыхічных захворваньняў ня толькі ў дзіцячым узросьце, але і ў дарослых. Органічных захворваньняў цэнтральнай нэрвовай сыстэмы ў дзіцячым узросьце значна менш, а таксама і люэтычных захворваньняў. Але затое адносна часьцей на дзіцячым матар'яле мы сустракаем і разумовую адсталасьць. (Д-р Хазанаў—Клініка нэрвовых захворваньняў у Ін-це фізычных мэтодаў лячэньня. „Беларуская мэдычная думка“, 1929г., № 1).

Апрача нэрвова-псыхічных захворваньняў у дзіцячым узросьце, мы павінны таксама вылучыць групу дзяцей, якія ўхіляюцца ад нормы ў вучэбна-выхаваўчых adносінах,—гэта дзеці, якія складаюць матар'ял спэцыяльна пэдолёгічнага вывучэньня, але ўсёж-такі гэтая група дзяцей у значнай частцы падлягае таксама нашаму псыханэўролёгічнаму аналізу.

Проблема дрэннай пасьпяховасьці і цяжкага выхаваньня ў школе і па-за школай, проблема цяжкага дзяцінства ў сваім поўным ахопе, гэта ня толькі проблема школы і пэдолёгіі, гэта адначасова адно з важных пытаньняў практычнай дзіцячай псыханэўролёгіі. Псыханэўролёгічны аналіз цяжкага дзіцяці зьяўляецца адным з неабходных момантаў яго агульнага вывучэньня. На нашай масавай пэдолёгічнай рабоце мы нярэдка сустракаемся з пытаньнямі цяжкага дзяцінства. Улічваючы гэтыя варункі, мы лічым патрэбным разам з агульнай характарыстыкай нэрвова-псыхічных захворваньняў у дзіцячым узросьце прадставіць малюнак цяжкага дзяцінства на нашым матар'яле пэдолёгічнага габінэту ЦДД Менску. Да 1932-33 навучальнага году пэдолёгічны габінэт ЦДД займаўся ў сваёй масавай працы ў школе выключна пытаньнямі цяжкай пасьпяваемасьці і разумовай адсталасьці. Так, пачынаючы з 1926 году гэты габінэт штогодна прапускаў першыя клясы амаль усіх школ гораду Менску (што склала 2.000 дзяцей), праз колектыўнае абсьледваньне мэтодам проф. Россолімо. Апрача гэтага дзеці паасобку абсьледваліся іншымі мэтодамі (Бінэ-Сымон, Сокалаў, Бінэ-Тэрмэн—орыентаваныя гутаркі, асоцыятыўны экспэрымэнт, соцыяльна-бытавы аналіз і інш.). З ліку дрэнна пасьпяваючых дзяцей некаторыя вылучаліся ў розныя групы разумова-адсталых для дапаможнай школы. За навучальныя гады—1927-1928 і па 1931-32 г. колектыўным мэтодам было ахоплена 7063 вучні, а праз індывідуальнае абсьледваньне прайшло каля 1000 дзяцей. Разумова-адстаючых сярэдняй і цяжкай ступені было вылучана 287 дзяцей—4,2% у сярэднім. Хістаньні ад 5,7—1,1%.

З 1927-28 навучальнага году да 1931-32 н. г. наглядаецца зьніжэньне гэтых лічб. Нізкую норму складала 15—10% дзяцей, такім чынам ад 700 да 1000 дзяцей.

У 1932-33 навучальным годзе Пэдолёгічны габінэт ЦДД некалькі зьмяніў мэтод работы. Па-першае былі ўзяты для дасьледваньня ня першыя клясы ўсіх школ, а першыя концэнтры цалкам і пры тым толькі 19 школ, і па-другое былі вылучаны ня толькі разумова-адсталыя дзеці, але і цяжка выхоўваемыя. Апрача гэтага, дзеці былі дасьледваны выключна індывідуальным мэтодам.

Такім чынам у 1931 і 33 н. г. было 5298 дзяцей, з якіх былі вылучаны для індывідуальнага дасьледваньня 1107 дзяцей,—каля 20,8%; з гэтай колькасьці 222 разумова-адсталых вучні—4,1%; дзяцей псыха-нэўротыкаў было вылучана 307—5,6% (разам з псыхапатамі), а дзяцей псыха-нэўротыкаў без псыхапатаў 164—3,2%. Псыхапаты складаюць групу

ў 133 вучні—2%. Адносна гэтых даных мы павінны зрабіць агаворку аб асаблівасьцях работы гэтага навучальнага году. З гэтага году ўведзена абавязковае ўсеагульнае навучаньне і такім чынам у школы папала больш значная колькасьць дзяцей перарасткаў, чымся ў мінулыя гады. Сярод перарасткаў, як не прайшоўшых своечасова правільнае выхаваньне і навучаньне ў савецкай школе, цяжкавыхоўваемых дзяцей адносна больш.

Для правільнага ўліку мы вылучылі гэтых перарасткаў у паасобныя групы і тады атрымалі зусім іншыя даныя. Так, процант разумова-адсталых аказаўся толькі 1,9%, а не 4,1%.

Процант псыха-нэўротыкаў без перарасткаў—2,3%, а псыхапаты складаюць 1,3%. Гэтыя лічбы больш рэальны і наближаюцца да агульна-прынятых літаратурных лічб. Так па апошнім дадзеным дзеці псыха-нэўротыкі ў Маскве даюць 22 на 1000 дзяцей, а па нашым дадзеным 23 на 1000 дзяцей. У адносінах да разумова-адстаючых дзяцей мы бачым бязумоўнае зьніжэньне адпаведнага проценту, пачынаючы з 5,7% у 1927-28 н. г. да 1,9% у 1932-33 навуч. годзе, што лёгка зьвязаць з фактам штодзеннага падвышэньня матар'яльна-культурнага ўзроўню працоўных у краіне разгорнутага будаўніцтва соцыялізму. Што датычыцца дзяцей псыха-нэўротыкаў, дык мы ў нашай масавай пэдолёгічнай рабоце ня маем параўнаўчых матар'ялаў, паколькі гэтую работу мы выконваем толькі 1 год. У групы дзяцей цяжка выхоўваемых мы павінны таксама аднесьці дзяцей, так званых соцыяльна-запушчаных, якія складаюць больш 3%. Трэба зрабіць агаворку, што ўся гэта група дзяцей псыха-нэўротыкаў не прайшла цалкам псыханэўролёгічнай консультацыі. Такім чынам, ацэнка ўсіх паказаных процантных суадносін патрабуе шмат пільнасьці і праверкі ў далейшай рабоце.

На гэтым мы скончым агляд нэрвовых псыхічных захворваньняў і іншых адхіленьняў ад псыхічнай нормы ў дзіцячым узросьце і пяройдзем да плянаваньня нэрвова-псыхічнай дапамогі дзецям і да вызначэньня тыпаў адпаведных установаў.

Барацьба за палепшаньне нэрвова-псыхічнага здароўя дзяцей і падлеткаў павінна ісьці па 2-м асноўным лініям:

1) па лініі профіляктычнай і псыха-гігіенічнай.

2) лекавай і лекава-профіляктычнай. У цэнтры ўсёй псыхапрофіляктычнай і псыха-гігіенічнай работы дзіцячага ўзросту павінен стаць псыханэўролёгічны габінэт Дзіцячага дыспансэру, альбо адпаведны габінэт у дзіцячым дыспансэры ў залежнасьці ад сыстэмы існуючых у дадзеным месцы ўстаноў. Гэты габінэт вядзе звычайны лекава-псыханэўролёгічны прыём, адбірае дзяцей для санаторных пляцовак (для нэрвовых дзяцей), для начных санаторый (падлеткі), для школ-санаторый, для адкрытых школ санаторнага тыпу. У паасобных выпадках ён накіроўвае дзяцей у дапаможныя дзіцячыя ўстановы. У габінэце даюцца консультацыі па псыха-профіляктычным і псыха-гігіенічным пытаньням. Гэты

габінэт павінен мець адпаведны штат і сродкі для псыхагігіенічнай работы ў школе фабзавуч і на буйных прадпрыемствах, дзе працуюць падлеткі.

Псыханэўролёгічны габінэт бязумоўна павінен мець паказальнае лагопэдычнае аддзяленьне для лячэньня дзяцей з заіканьнем і павінен весьці агульнае кіраўніцтва з усімі астатнімі лагопэдычнымі ўстановамі альбо клясамі ў сыстэме органаў народнай асьветы.

І нарэшце, гэты габінэт прымае роўны ўдзел у масавай пэдолёгічнай рабоце. Як паказала практыка работы некалькіх год у БССР, вельмі мэтазгодна працягваць масавую пэдалёгічную работу ў школе, праз сыстэму дзіцячага дыспансэру. Мы тут маем цэлы рад пераваг, якіх ня будзе, калі мы гэтую работу адарвем ад дзіцячага дыспансэру. Па-першае, масавая пэдолёгічная работа вядзецца тут у час агульнай профіляктычнай работы (антропомэтрычная работа, работа дапаможных габінэтаў—вочнага, вушнога, зубнога, рэнтгэн і г. д.). Па-другое, пэдолёгічнае абслугоўваньне дзіцяці не адарвана ад лекавай работы, у якой яно таксама бывае часта зацікаўлена. Апрача таго, па існуючым у нас зараз організацыям ОЗДП, сетка школьна-санітарных урачэй таксама знаходзіцца ў сыстэме дзіцячага дыспансэру. Сувязь з школьнымі ўрачамі, якія паступова засвойваюць пэдолёгічныя мэтоды, бязумоўна мае важнае значэньне пры масавай пэдолёгічнай рабоце ў школе. Далей адпаведна асноўным групам нэрвова-псыхічных захворваньняў у дзіцячым узросьце (улічана ня толькі колькасьць захворваньняў, але і таксама социяльная цяжкасьць) мы намечаем наступную сетку лячэбна-профіляктычных устаноў:

1) Дзіцячае псыхіятрычнае аддзяленьне для вострых псыхічна-хворых дзяцей пры кожнай псыхіятрычнай больніцы павінна быць, бязумоўна, цалкам ізоляваным ад агульнай больніцы і абавязкова з асобным садам. У дзіцячым аддзяленьні павінны быць асобныя палаты для выздараўліваючых і ізоляваныя палаты для цяжкіх, сумежных псыхапатаў, а таксама для цяжкіх псыха-нэўротыкаў, якія патрабуюць хаця і часовага псыхіятрычнага нагляданьня і рэжыму.

2) Колёнія для дзяцей імбецылаў і цяжкіх дэбілаў, а таксама з другімі астатачнымі зьявамі пасьля мэнінгіту, пасьля энцэфаліту, слабаумных эпілептыкаў з рэдкімі прыпадкамі, але здольных к набыцьцю некаторых вытворчых і некаторых навучальных навыкаў.

Гэтая колёнія павінна мець майстэрні, школы і павінна знаходзіцца недалёка ад працоўнай колёніі для дарослых псыхічна-хворых.

3) Аддзяленьне для дзяцей розных форм ідыотыі, цяжкіх эмбіцылаў і глыбока слабаумных эпілептыкаў. Такое аддзяленьне таксама можа знаходзіцца на тэрыторыі агульнай псыхіятрычнай больніцы, і ўрэшце,

4) Нэўролёгічнае аддзяленьне для дзяцей органікаў пры кожнай нэрвовай клініцы альбо нэрвовым аддзяленьні агульнай больніцы.

У выпадку адсутнічаньня дзіцячага аддзяленьня пры нэрвовай клініцы і нэрвовага аддзяленьня пры агульнай больніцы, неабходна організаваць дзіцячае нэўролёгічнае аддзяленьне пры дзіцячай больніцы альбо дзіцячае аддзяленьне агульнай соматычнай больніцы.

Такім чынам па лекавай лініі мы вызначаем 4 тыпы ўстаноў:

1) Псыхіятрычнае аддзяленьне для вострых псыхічна-хворых дзяцей,

2) паралельна псыхіятрычная колёнія для хронікаў,

3) аддзяленьне для дзяцей з рознымі формамі ідыотыі і імбіцылаў і

4) дзіцячае нэўролёгічнае аддзяленьне.

Паралельна гэтай сетцы па лініі Наркамасьветы, мы намячаем дапаможныя школы і дапаможныя групы для дзяцей дэбілаў і іншых форм разумовай адсталасьці, але здольных да навучаньня і да набыцьця тых або іншых профэсіянальных навыкаў. Гэтыя школы і групы павінны быць тонка дыфэрэнцыраваны адпаведна розным формам і тыпам разумовай адсталасьці. Такія школы павінны быць з інтэрнатамі і без інтэрнатаў.

Па лініі лекава-профіляктычнай мы вызначаем наступныя ўстановы:

1) школы-санаторыі для дзяцей псыха-нэўротыкаў, школьнага і дашкольнага ўзросту, а таксама для дзяцей з асабліва падвышанай узбуджаемасьцю нэрвовай сыстэмы і расстройствам паводзін. У паасобных выпадках сюды прымаюцца таксама дзеці цяжка выхоўваемыя ў сувязі з цяжкай соцыяльнай запушчанасьцю, і нарэшце ў такія школы-санаторыі ў асобных выпадках накіроўваюцца дзеці з лёгкай конституцыянальнай псыхопатыяй, але не патрабуючыя псыхіятрычнага нагляду і рэжыму. Дзеці эпілептыкі з нэўротычнымі расстройствамі і з вельмі рэдкімі прыпадкамі ў адзінічных выпадках таксама могуць накіроўвацца ў такія школы-санаторыі.

Школы-санаторыі будуюцца па тыпу школы-пяцігодкі. Тэрмін прабываньня дзяцей у школе-санаторыі—ад 5 месяцаў да 2-х гадоў, у залежнасьці ад цяжкасьці выпадку. Вышэй ужо былі ўпамянуты санаторыі-пляцоўкі для дзяцей псыха-нэўротыкаў і легопэдычныя габінэты для дзяцей з заіканьнем. Па лініі Наркамасьветы мы намячаем, раўналегла гэтай сетцы, школы паўсанаторнага тыпу для дзяцей псыхонэўротыкаў, якія не патрабуюць доўгага адпаведнага сыстэматычнага ўрачэбнага ўзьдзейнічаньня і лекавага рэжыму. Школы паўсанаторыі могуць будавацца па тыпу сямігодкі. Для падлеткаў мы плянуем начныя санаторыі (без адрыву ад вытворчасьці і навучаньня) і санаторыі-інтэрнаты.

Прынцып структуры і арганізацыі ўсіх гэтых установ складае, вядома, зусім асобную тэму, але на агульных прынцыпах мы некалькі спынімся.

а) Усе гэтыя ўстановы павінны быць пабудаваны на мэдыка-пэдолёгічным прынцыпе. У кожнай з гэтых установ, якога бы тыпу яна ні была, якія-бы формы дзіцячых нэрвова-псыхічных захворваньняў яна ні ўключала, павінна быць арганізавана адпаведнае, з пункту погляду комуністычнага выхаваньня, дзіцячае асяродзьдзе.

Такім чынам, павінна быць уведзена школа з набываючымі ведамі політэхнічна-ручной працы: майстэрні, клубныя заняткі і дзіцячыя арганізацыі самакіраваньня.

б) У кожнай з гэтых установ бязумоўна праводзіцца поўнае псыханэўролёгічнае і пэдолёгічнае дасьледваньне кожнага дзіцяці і вывучаецца дынаміка яго разьвіцьця.

в) Ва ўсіх гэтых установах добра праводзіцца ўрачэбны нагляд і лекавае ўзьдзейнічаньне.

Вядома, адпаведна структуры кожнай такой установы, мы маем перавагу тэй альбо іншай установўкі. Але выходным пунктам зьяўляецца тое, што дзіцячы організм ёсьць організм растучы, формуючыйся і такім чынам, здольны да далейшага росту і разьвіцьця. Пагэтаму ва ўсіх выпадках, нават самых цяжкіх, мы павінны настойліва праводзіць лекава-выхаваўчую работу. Неабходна памятаць, што правільна організаванае комвыхаваньне зьяўляецца сродкам, корэгуючым нават самыя глыбокія дэфэкты.

Такой, мне здаецца, павінна быць арганізацыя соцыялістычнай аховы здароўя ў галіне дзіцячай псыханэўролёгіі.

Гершман (Магілеў,—псыхіятрычная больніца). Працтэрапія ў Магілеўскай псыхабольніцы.

Да Кастрычніцкай рэволюцыі працтэрапіі ў Расіі зусім ня было. У студзені м-цы, пасьля таго, як у нас пабываў тав. Пасьвянскі, мы паехалі ў Маскву, дзе знаёміліся з пастаноўкай работы і прыступілі да організацыі актыўнай працтэрапіі ў нас— у Магілеўскай псыхіятрычнай больніцы. У сучасны момант 25% хворых ахоплены працтэрапіяй. Асноўны контынгэнт хворых—сяляне. Маюцца майстэрні—вязальная, швэйная, хутка організуецца шавецкая майстэрня. Вынікі работы гэтых двух майстэрняў значныя. У савгасы мы прыцягваем больш здаровых хворых. У майстэрні ідуць агрэсыўныя. У нас былі хворыя з мутызмам (напр., урач Бронэр хварэла мутызмам, зараз яна працуе ў майстэрні, яе работа маецца тут), якія потым прыходзілі прасіць даць ім работу.

За работу ў нашых майстэрнях мы прэміравалі некаторых хворых. Майстры і інструктары рыхтуюць кадры кіраўнікоў з асяродзьдзя хворых. Даход больніцы ў выніку работы—2.000 руб., якія ідуць на паляпшэньне быту і культурнага абслугоўваньня хворых.

РЭЗОЛЮЦЫЯ ПА РЭКОНСТРУКЦЫІ ПСЫХІЯТРЫЧНАЙ ДАПАМОГІ.

Рэконструкцыя ў галіне псыханэўролёгіі мяркуе перш за ўсё клясавы падыход у дапамозе і паварот лекавых профіляктычных устаноў тварам да практыкі, да соцыялістычнага будаўніцтва.

Перш за ўсё павінна быць разгорнута шырокая лячэбна-профіляктычная і псыха-гігіенічная работа з ахопам рабочых і працоўных сялян БССР.

Сетка псыхіятрычных устаноў за другую пяцігодку ў БССР павінна быць складзена наступным чынам:

Пазастацыянарная дапамога.

1. Здраўпункты на прадпрыемствах.

Задача псыханэўролёгіі на здраўпунктах заключаецца ў штодзённым правядзеньні псыхагігіенічнай працы сярод рабочых.

Выходзячы з гэтага на кожным буйным прадпрыемстве павінен працаваць адзін псыха-гігіеніст, а на больш дробных прадпрыемствах гэтая работа праводзіцца дактарамі мэдпунктаў пад кіраўніцтвам псыха-гігіенічных дыспансэраў, альбо адпаведных сэктароў пры паліклініках.

2. На буйнейшых прадпрыемствах у гарадох і раённых цэнтрах ствараюцца псыха-нэўролёгічныя сэктары і габінэты пры дыспансэрызованых паліклініках (нэўролёгічныя, псыхіятрычныя, нэўролёгічныя, легопэдычныя).

3. У цэнтры стацыянарнай сеткі павінны стаяць псыхіятрычныя больніцы для вострых хворых, для якіх характэрна шчыльная сувязь з працоўнымі колёніямі (для працаздольных хронікаў), арганізаванымі на падставе шырокага разьвіцьця сапраўднай продукцыйнай работы. Далей ідуць паўсанаторныя ўстановы (для лёгкіх хворых і выздараўляючых), колёніі для непрацаздольных хронікаў (псыха-інвалідаў), санаторыі для траўматыкаў і псыхопатаў.

Пры ўсіх буйных соматычных больніцах павінны быць нэўролёгічныя аддзяленьні, прычым у тых гарадох, дзе няма

псыхіятрычных больніц, гэтыя аддзяленьні павінны быць нэўропсыхіатрычнымі.

Спэцыфічнай задачай новай псыхіятрычнай больніцы, зьяўляецца лячэбна-профіляктычнае абслугоўваньне вострых форм псыхічных захворваньняў.

Больніца павінна быць у значнай меры санаторызавана, гэта значыць у ёй трэба стварыць абстаноўку, прыкладную ў гігіенічных і лячэбных адносінах (сьвет, паветра, прастор, харчаваньне, фізыотэрапія, усе віды спэцыяльнай тэрапіі, адпачынак, культурна-палітычнае абслугоўваньне, уздым клясавай сьвядомасьці, разьвіцьцё самадзейнасьці—ўсе гэтыя ўмовы павінны быць забясьпечаны як сьлед).

Асаблівую ўвагу трэба аддаць лячэньню рабочых вядучых галін прамысловасьці, колгасьнікаў, савгасьнікаў і прыраўненых да гэтых катэгорый.

Для хутчэйшага аднаўленьня іх працаздольнасьці павінна быць поўнасьцю разьвіта сыстэма лячэбна-профіляктычных мерапрыемстваў унутры больніцы. Аддзяленьне тыпу хранічных хворых зусім не павінны быць у мурох больніцы.

Пры пераходзе псыхозаў у хранічнае становішча хворыя безадкладна пераводзяцца ў колёніі для працаздольных альбо непрацаздольных хронікаў.

Па лініі судовай псыхіятрыі неабходна разгарнуць псыханэўролёгічнае аддзяленьне бальніц фабрычна-працоўных колёній (былыя папраўчыя дамы). Пры інстытуце крыміналёгіі, крыміналістыкі і судовай мэдыцыны павінен быць утвораны сэктар псыхіятрычнай экспэртызы (судова-дыгностычны інстытут).

Па лініі барацьбы з наркоманіяй неабходна прадугледзіць нарколёгічнае аддзяленьне поліклінік, лячэбніцы для алкоголікаў і працоўныя колёніі для перавыхаваньня цяжка ісправімых алкоголікаў (у выглядзе аддзелу працоўнай колёніі).

Па лініі вайсковай псыха-нэўролёгіі

Пры вайсковых шпіталях і поліклініках павінны быць адчынены псыханэўролёгічныя аддзяленьні альбо адпаведныя сэктары з дыспансэрнымі мэтодамі работы.

У гарадох, дзе не маецца шпіталей, псыханэўролёгічная дапамога аказваецца псыханэўролёгічнымі сэктарамі поліклінік. У тых мясцох, дзе такіх няма псыхагігенічная работа вядзецца дактарамі вайсковых часьцей, якія павінны атрымаць адпаведную кваліфікацыю пры Псыханэўролёгічным інстытуце.

Для БССР патрэбна павялічэньне стацыянарных месц да 6200 (замест сучасных 1140). Згодна папярэдняму разьліку лічбы месц ва ўстановах 4-х тыпаў (бальніца, колёнія для псыхо-інвалідаў, санаторыя, працоўная колёнія, для працаздольных хронікаў) маюць паміж сабою суадносіны =1: 0,7: 0,2:3,5. На другую пяцігодку у прац-

колёніях і для працаздольных) павінна быць 2020 мейсц, у больніцах 1149, у калёніях для інвалідаў 803 і санаторыях 208.

У асобным парадку трэба прадугледзець стварэньне нэрвовых і псыхіатрычных клінік пры ўноў організоўваемых мэдвузах, што таксама павінна павялічыць сетку ложкаў па псыхо-нэўролёгіі.

Опэрацыйнае кіраўніцтва і коордынацыя ўсіх відаў псыханэўролёгічнай дапамогі ускладаецца на рэспубліканскіх і раённых псыхо-нэўролёгаў, якія працуюць пры адпаведных органах аховы здроўя. Зараз зьяўляецца вялікай неабходнасьцю пабудова ў гор. Менску Беларускага нэўро-псыхіатрычнага інстытуту ў бліжэйшы час. Беларускі нэўро-псыхіатрычны інстытут павінен будзе складацца з нэрвовай і псыхіатрычнай клінік, псыхонэўролёгічнага дыспансэру і дапаможных аддзелаў. Гэты інстытут павінен зьяўляцца навукова-дасьледчай і консультацыйнай цэнтральнай адзінкай псыхо-нэўролёгічнай дапамогі ў БССР.

Безадкладна павінен быць організаваны навукова абгрунтаваны статыстычны вучот захворваемасьці і дынамікі псычічных і нэрвовых хворых.

ДА ПЫТАНЬНЯ АБ КАДРАХ ПА ПСЫХАНЭЎРОЛЁГІІ І ФІЗЫЯТРЫІ Ў БССР НА ДРУГУЮ ПЯЦІГОДКУ[1]

(*Тэзісы даклада доц. М. А. Хазанова*)

1. Пытаньне псыханэўролёгіі, псыхагігіены і фізыятры зьяўляецца адным з важных пытаньняў другой пяцігодкі Пастаўленая XVII партконфэрэнцыяй асноўнай задачай 2-й пяцігодкі—„*канчатковая ліквідацыя капіталістычных элемэнтаў і клясаў наогул, поўнае зьнішчэньне прычын, параджаючых клясавае разьлічча і эксплёатацыю, і перамаганьне перажыткаў капіталізму ў экономіцы і сазнаньні людзей, ператварэньне ўсяго працоўнага насельніцтва ў сьвядомых і актыўных будаўнікоў бясклясавай соц. грамады*“—высоўвае рашуча пытаньне аб унядрэньні шырокіх аздаравіцельных мерапрыемстваў і ў тым ліку псыхагігіенічных і фізыяпрофіляктычных мерапрыемстваў. Псыханэўролёгія і фізыятрыя становяцца важнай часткай у справе аховы здароўя, у барацьбе за здаровага чалавека, актыўнага сьвядомага будаўніка бясклясавай соцыялістычнай грамады.

2. Вялікі размах і вялізарныя задачы, якія стаяць перад органамі аховы здароўя ў галіне псыхагігіены, псыханэўролёгіі і фізыятрыі, патрабуюць значнай колькасьці кадраў высокай якасьці.

„Рашэньне проблемы тэхнічных кадраў ёсьць важнейшы элемэнт бальшавіцкага ажыцьцяўленьня задач культурнай рэволюцыі і пасьпяховасьці будаўніцтва соцыялізму“. (З пастановы XVII партконфэрэнцыі).

3. Агульная колькасьць псыханэўролёгічных кадраў складаецца па БССР з некалькіх дзесяткаў (56), з якіх пераважная частка псыханэўролёгаў зьяўляюцца фізыятрамі і знаходзяцца ў Менску (32); спэцыялістых фізыятраў усяго ёсьць некалькі чалавек.

4. У другой пяцігодцы патрабуецца ня толькі значнае колькаснае павялічэньне псыханэўролёгічных і фізыятрычных кадраў, але і якасная іх дыфэрэнцыяцыя па адпавед-

[1] Прыняты конфэрэнцыяй, як рэзолюцыя па вызначанаму пытаньню.

ных галінах работы псыханэўролёгіі і фізыятрыі (псыхагігіеністы, псыханэўролёгі, нэўрапатолёгі, псыхіятры, нэўрахірургі, фізыятэрапэўты). Ад іх, псыханэўролёгічных і фізыятрычных кадраў, патрабуецца, каб яны „абавязкова аўладалі дастатковымі глыбокімі тэхнічнымі і экономічнымі ведамі, шырокім грамадзка-палітычным кругаглядам і якасьцямі, патрэбнымі для організатараў вытворчай актыўнасьці шырокіх мас працоўных". (З пастановы Пленуму ЦК УсеКП(б).

5. Падрыхтоўка псыханэўролёгічных і фізыятрычных кадраў павінна ісьці па адпаведным вытворча-навучальным ін-там і тэхнікумам. Спэцыялізацыя ў розных галінах псыханэўролёгіі і марксысцка-ленінская мэтодолёгічная пастаноўка падрыхтоўкі рашуча высоўвае пытаньне аб стварэньні пры мэдычных ін-тах і тэхнікумах спэцыяльна псыханэўролёгічных і фізыятрычных факультэтаў.

6. Разгортваньне масавых мерапрыемстваў па соцыялістычнай псыхагігіене і фізыопрофіляктыцы патрабуе неадкладна, ужо ў першыя гады 2-й пяцігодкі, значнай колькасьці кваліфікаваных кадраў. Выпуск мэд. ВНУ дасьць толькі частку гэтых кадраў не раней 1936 г., таму ўжо зараз павінна быць рашуча пастаўлена пытаньне аб перападрыхтоўцы праз клінікі і ін-ты ўдасканаленьня дактароў, як у цэнтры, так і на апорных пунктах, адпаведнай колькасьці дактароў, ня менш 1 у кожным раёне і па 2-3 у буйных гарадох. Неабходна таксама большая падрыхтоўка інтэрнаў і ордынатараў у клініках для далейшага іх скарыстаньня на пэрыфэрыі.

Правільнае вырашэньне пытаньня аб псыханэўролёгічных кадрах, правільная расстаноўка сіл, вылучэньне лепшых ударнікаў на больш высокую пасаду, падрыхтоўка рабочай інтэлігэнцыі—вось асноўныя моманты падрыхтоўкі і організацыі работы. Вялікі недахоп у кадрах патрабуе шырокай падрыхтоўкі як спэцыялістаў вышэйшай, так і сярэдняй кваліфікацыі. Неабходна перападрыхтоўка лепшых ударнікаў з асоб малодшага і сярэдняга пэрсоналу на дактароў праз тэхнікумы, курсы завочнага навучаньня, прычым гэтая падрыхтоўка павінна адпавядаць пастанове ЦК УсеКП(б) ад 1/VI 1931 г. у тым, каб „пабудаваць мэдадукацыю такім чынам, каб яна змагла стаць ступеньню да вышэйшай". Неабходна таксама ўжыць усе захады для ільготнага прыёму лепшых ударнікаў з асоб сярэдняга мэдпэрсоналу, адпавядаючых па свайму соцыяльнаму паходжаньню і становішчу ўмовам паступленьня ў ВНУ, у стацыянарныя вячэрнія і завочныя факультэты.

Вялікі недахоп у кадрах патрабуе рацыянальнай організацыі работы, вызваленьня спэцыялістаў ад дробнай тэхнічнай і адміністрацыйнай работы і скарыстаньня іх выключна па іх асноўнай спэцыяльнасьці.

8. Вялікі рост фабрык і заводаў, саўгасаў, тарфяных і іншых распрацовак на пэрыфэрыі патрабуе значнага іх

абслугоўваньня псыханэўролёгічнай дапамогай ужо ў першыя гады 2-ой пяцігодкі.

Выходзячы з пастановы XVII партконфэрэнцыі аб зьнішчэньні працівалегласьці паміж горадам і вёскай, патрабуецца правільная організацыя абслугоўваньня пэрыфэрыі з боку гарадоў, клінік і інстытутаў. Сыстэматычныя выезды спэцыялістаў на пэрыфэрыю, пэрыодычныя консультацыі спэцыялістаў у фабрычных, заводзкіх, колгасных, саўгасных здраўпунктах, шэфства клінік і стацыянарных псыханэўролёгічных установ над фабрыкамі, саўгасамі, раёнамі павінны значна дапамагчы ў справе разгортваньня псыханэўролёгіі і псыхагігіены на пэрыфэрыі.

Кіраўніцтва ўсёй гэтай работай павінна праводзіцца праз псыханэўролёгічныя ін-туты і клінікі.

9. Падняцьце політычнага, грамадзка-тэхнічнага ўзроўню маючыхся кадраў, узброеньне іх марксысцка-ленінскай ідэолёгіяй і „абавязковае адпаведнае асваеньне імі ўсіх асноўных дасягненьняў у сусьветнай навуцы і тэхніцы“ (паст. XVII партконфэрэнцыі)—патрабуе безадкладнага ўдасканаленьня гэтых кадраў як вышэйшых, гэтак і сярэдніх. Побач з курсамі ўдасканаленьня праз ін-тут удасканаленьня дактароў, павінны быць організаваны курсы на мясцох, конфэрэнцыі міжгароднага характару, навукова-тэхнічныя зьезды, завочныя курсы ўдасканаленьня, рассылка літаратуры, бібліограф. указаньні. Гэтая работа павінна праводзіцца адпаведнымі клінікамі, інстытутамі ўдасканаленьня, псыханэўролёгічнымі і фізыятрычнымі інстытутамі.

10. Вялікая патрэба ў псыханэўролёгічных і фізыятрычных кадрах і іх падрыхтоўка высоўваюць рашуча пытаньне аб кадрах для кадраў. Наяўная колькасьць кадраў зьяўляецца зусім недастатковай. Неабходна павялічыць колькасьць ордынатараў, асьпірантаў і інтэрнаў пры клініках, інстытутах і стацыянарных псыхагігіенічных установах.

11. Побач з стварэньнем кадраў спэцыялістых неабходна шырокае разгортваньне псыхагігіенічных ведаў праз псыхагігіенічныя факультэты, раб. і колг. саніт. ун-ты, праз спэцыяльныя курсы на фабрыках і ў колгасах, праз завочн. навуч.

Разам з гэтым неабходна падрыхтоўка асьпірантаў з рабочых і колгасьнікаў праз рабочыя ун-ты, рабочыя факультэты і інстытут асьпірантуры.

12. Усе гэтыя буйныя задачы ў справе падрыхтоўкі кадраў, якія зьяўляюцца „важнейшым элемэнтам бальшавіцкага ажыцьцяўленьня задач культурнай рэволюцыі і пасьпяховага будаўніцтва социялізму“—патрабуюць рэволюцыйнай актыўнасьці ўсіх маючыхся псыханэўролёгічных кадраў і значнага ўздыму социялістычнага спаборніцтва і ўдарніцтва па ўсёй псыханэўролёгічнай і фізыятрычнай рабоце.

ФІЗЫЧНЫЯ МЭТОДЫ ПРОФІЛЯКТЫКІ І ТЭРАПІІ ЯК АКТЫЎНЫЯ СРОДКІ Ў СПРАВЕ АЗДАРАЎЛЕНЬНЯ ПРАЦОЎНЫХ У ДРУГОЙ ПЯЦІГОДЦЫ.

Даклад профэсара Д. А. Маркава.

1. Да вайны ў былой царскай Расіі спэцыяльных фізыятэрапэўтычных установ амаль зусім ня было, калі ня лічыць паасобных адзінічных, даступных для багатых санаторый з фізыяабсталяваньнем. Толькі за час імпэрыялістычнай вайны былі адчынены некалькі (па Званіцкаму—4) лячэбных устаноў, галоўным чынам з фізыя-хірургічным, ортопэдычным і вузка-траўматолёгічным ухілам. Пасьля Кастрычнікаўскай рэволюцыі, якая шырока прадаставіла працоўным усе галіны курортнай і пазакурортнай спэцыяльнай фізыядапамогі, пачынаюць хутка будавацца і разгортвацца фізыятэрапэўтычныя катэдры, інстытуты, лячэбніцы, габінэты і г. д. Па Раманаву („Труды 2-го С'езда физиотерапевтов") да 16 фізыятэрапэўтычных установ, якія захаваліся да 1918 г., паступова прыбаўляюцца спачатку адзінкі (1919-20-23-24), а потым і дзясяткі новых. На май 1925 г. у аднэй РСФСР (Званіцкі), ня улічваючы гаспадарча-разьліковых установ, рэнтгэнаўскіх габінэтаў і фізыяустаноў транспортных аддзелаў аховы здароўя, ВСУ і Курортнага кіраўніцтва, мы маем 50 фізыятэрапэўтычных установ. На сьнежань 1927 г. іх было ўжо 94 (Раманаў), пры гэтым за 1926 г. адпушчана 4.739.813 фіз. працэдур. Па Украіне на 1931 г. мы маем 168 электрасьветалячэбніц і 17 фіз. тэрап. стацыянараў на 940 спэцыяльных ложкаў (Канеўскі). Па даным Гробера („Офіцыяльная фіз. тэрапія")—самастойныя катэдры ў сучасны момант асабліва добра прадстаўлены ў Бэльгіі, Канадзе, Італіі, СССР і Злуч. Штатах. У БССР да Кастрычнікаўскай рэволюцыі колькі-небудзь буйных фіз. лячэбніц не існавала. У сучасны момант мы маем 15 (Менск, Бабруйск, Барысаў, Ворша, Мазыр, Віцебск, Гомель, Магілеў, Рэчыца, Полацак, Слуцак, Шклоў, Баркаўшчызна) самастойных фіз. лячэбніц—ня ўлічваючы рэнтгэнагабінэтаў і раскіданай фізапаратуры—з агульнай колькасьцю (па прыблізным падлікам) каля 1.000.000 працэдур у год.

Рост колькасьці фізыяпроцэдур па Дзіфон'у.

1928 г. . . . 60.537
1930 г. . . . 97.399, пры 90 ложках на 1932 год.
1931 г. . . 176.003
1932 г. . . 263.000

Савецкая ахова здароўя ў першай пяцігодцы дала моцнае разьвіцьцё фізыятэрапэўтычных устаноў, галоўным чынам па лініі лячэбных мерапрыёмстваў. Такім чынам тэмпы росту і разьвіцьця фіз. тэрапэўтычнае сеткі ў СССР далёка пераганялі некаторыя перадавыя капіталістычныя краіны. Усё-ж рост фіз. тэр. дапамогі, асабліва ў БССР, адстае ад запатрабаваньняў, якія прад'яўляюцца да яе з боку асноўных мас пролетарыяту і колгаснага сялянства. Апрача недахопу адпаведнай колькасьці фіз. установак (вузка-лячэбная дапамога) сучаснае становішча фізыятэрапіі не здавальняе па раду іншых момантаў: няма дастатковага павароту да вытворчасьці, амаль што не закранута навуковая організацыя фізыяпрофіляктыкі, рабочага адпачынку, абслугоўваньня дзіцячага ўзросту, вельмі дрэнна прадстаўлена фіз. абслугоўваньне па ўсім відам больнічнай і пазабольнічнай дапамогі.

2. XVII Усесаюзная партыйная конфэрэнцыя, якая дала асноўныя дырэктывы плянаваньня народнай гаспадаркі ў 2-й пяцігодцы, адзначыла шляхі, па якім павінна пайсьці разьвіцьцё і палепшаньне культурна-бытавога абслугоўваньня працоўных: „На падставе ліквідацыі паразытычных клясавых элемэнтаў і агульнага росту народнага прыбытку, які цалкам паступае ў распараджэньне працоўных, павінен быць дасягнут значна больш хуткі ўздым дабрабыту рабочых і сялян". Гэтыя моманты зьвязаны з выключна вялізарным ростам аздаравіцельных мерапрыемстваў наогул і асабліва тых, якія карыстаюцца натуральнымі сродкамі прыроды. Фізыятрыю неабходна ўнядрыць ва ўсе зьвеньні лячэбна-профіляктычнай мэдыцыны, як найбольш актыўны мэтод аздараўленьня працоўных. Фізычныя мэтоды ўплыву па сучасным навуковым дадзеным зьяўляюцца магутным фактарам у справе падвышэньня продукцыйнасьці работы, найбольш эфэктыўным мэтодам профіляктыкі, закальваньня організму працоўных, падвышэньня яго абароназдольнасьці і г. д. Конкрэтным прыкладам тут можа зьявіцца вопыт Дзіфона (Цэнтральны Габінэт Фізкультуры) з унядрэньнем вытворчай гімнастыкі на фабр. „Кастрычнік", якая дала, у параўнаньні з контрольнай групай, падвышэньне вытворчасьці да 9%. Фізыятрыя, якая ўдзельнічае ў барацьбе за ўсялякае падвышэньне продукцыйнасьці работы ва ўсіх яе формах і ў правядзеньні шырокіх санітарна-гігіенічных мерапрыемстваў, у наступнай пяцігодцы не павінна аслабляць увагі да лячэбна-профіляктычнай справы (па клясаваму прынцыпу), з абслугоўваньнем у першую чаргу вядучых галін прамысловасьці, новастроек, саўгасаў і МТС. У задачу шырокай фізыятрыі павінны ўваходзіць: барацьба з інваліднасьцю (рэўмапроблема, пасьляінфэкцыйныя захвор-

ваньні), з рэшткамі прамысловага і сельска-гаспадарчага траўматызму, набліжэньня ўнекурортнай дапамогі да вытворчасьці, проблема торфа- і гліналячэньня, шуканьне новых курортных крыніц у БССР і распрацоўка адпаведных даных па Бабруйску, Лагойску і Баркаўшчызьне, абслугоўваньне дзяцей і падлеткаў, проблема рабочага адпачынку, удзельнічаньне ў працтэрапіі, сувязь з фізкультурным рухам, пролетарскім турызмам, унядрэньне фізмэтодаў аздараўленьня ва ўсе віды больнічнай і пазабольнічнай дапамогі, у быт, школу, у „цэхі аздараўленьня“ на вытворчасьці, справа вынаходзтва, рацыяналізацыі, стандартызацыі, норміраваньня працы пэрсоналу фізыяўстаноў і тэхпрапаганды з шырокім удзелам самадзейнасьці працоўных, навуковае абгрунтаваньне (паказаньні і проціпаказаньні, мэханізм уплыву) і вучот вынікаў фізыяаздаравіцельных мерапрыемстваў. Апрача пералічаных момантаў у спэцыльную навуковую тэматыку маглі-б ўвайсьці: гэматоэнцыфалічны бар'ер і фізычныя сродкі,—пытаньне дозымэтрыі ў розных разьдзелах фізыятрыі (акцынолёгія, токі высокай напружанасьці), хронаксымэтрыя, аэроіонізацыя ў якасьці энэргетычнай проблемы, пытаньня сімультанай і сэнсібілізуючай фізыятрыі і параўнальная ацэнка эфэктыўнасьці розных фізычных мэтодаў, вывучэньне аблучоных харчавых продуктаў і акцініраваных компрэсаў, вэгэтацыйная нэрвовая сыстэма (воротніковыя аплікацыі і г. д.) і фізыятрыя, электроіонотэрапія і г. д.

3. Конкрэтнымі арганізацыйнымі формамі фізыятрыі павінны зьявіцца: а) фізыяпрофіляктычныя пляцоўкі на прадпрыемствах, МТС, у саўгасах і колгасах; б) фізыятэрапэўтычныя ложкі пры агульна-соматычных больніцах з адпаведнай цэнтральнай фіз. тэрап. базай і фіз. тэрап. пляцоўкай у мэтах інтэнсіфікацыі лячэньня; в) пазабольнічная дапамога ў сыстэме дыспансэру (фіз. тэрап. габінэты, аддзяленьні, дапамога на даму, паўсанаторнага тыпу фізыяздраўніцы-фізыяпрофілякторыі, палявыя начныя санаторыі, рэчныя пляжы і г. д.) з дыфэрэнцыяваным абслугоўваньнем насельніцтва гораду і вёскі; г) прынцып адзінства з астатняй сеткай аховы здароўя і асабліва цесны контакт з нэўропатолёгіяй, тэрапіяй, ортопэдыяй, фізкультурай і г. д.

4. Проблема кадраў (гл. даклад Хазанава). Профіль агульнага фізыятэрапэўта і вузкага спэцыяліста. Арганізацыя аддзяленьняў або інстытутаў фізычных мэтодаў аздараўленьня ў складзе аддзяленьняў: а) фізыятэрапэўтычнага; б) фізкультурнага і в) курортолёгічнага, а таксама арганізацыя спэцыяльных курсаў па кваліфікацыі і перакваліфікацыі дактароў і астатняга пэрсоналу. У тэхнічных ВНУ і тэхнікумах патрэбна арганізаваць асобныя аддзяленьні па падрыхтоўцы вышэйшага і сярэдняга тэхпэрсоналу для прамысловасьці, якая вытварае фізыятэрапэўтычную апаратуру і для абслугоўваньня фізыятэрапэўтычных устаноў.

5. Спэцыяльную ўвагу трэба ўдзяліць падвядзеньню тэхнічнай базы пад будучыя фіз. тэрап. установы. Неабходна

шырока паставіць работу па разьвіцьці прамысловасьці, якая вытварае фіз.-тэр. апаратуру, па разгортваньні большай сеткі цэнтралізаваных рамонтных майстэрняў і па організацыі навуковага контролю над выпускаемай апаратурай. Адначасова неабходна ўсямерна садзейнічаць разьвіцьцю рацыяналізацыі, стандартызацыі і вынаходзтва ў фіз.-тэрап. справе.

6. На базе марксысцка-ленінскай мэтодолёгіі ў другой пяцігодцы павінна быць разгорнута навукова-дасьледчая работа па фізычным мэтодам аздараўленьня, якую трэба праводзіць па ўсёй сетцы фізустаноў БССР пад кіраўніцтвам спэцыяльных інстытутаў фізычных мэтодаў аздараўленьня рэспубліканскага і раённага значэньня, сетка якіх павінна быць разгорнута з вучотам разьвіцьця народна-гаспадарчага пляну нашай Рэспублікі. Спэцыяльная ўвага павінна быць зьвернута максымальнаму прыцягненьню да навуковай работы ўсёй масы дактароў пэрыфэрыі, для чаго патрэбна шырока разгарнуць розныя віды сувязі іх з інстытутамі (філіялы, аддзяленьні, апорныя станцыі, навуковыя корэспондэнты і інш.).

АБ БЕЛАРУСКІХ ЛЯЧЭБНЫХ КРЫНІЦАХ І ГРАЗІ.

Даклад Д. Найдуса на Ўсебеларускай конфэрэнцыі па псыханэўролёгіі 28-31/V 1932 г.

Тры крыніцы прэтэндуюць з меншым альбо большым правам на назву „лячэбных“, гэта—Лагойскія, Баркоўшчынскія крыніцы і Бабруйская шчыліна; першыя 2 крыніцы мелі ў мінулым аднолькавы лёс: абедзьве сталі вядомымі ў 50-х гадох мінулага стагодзьдзя, абедзьве перажылі пэрыод росквіту, пакінулі сталы сьлед у літаратуры і памяці старажылаў і абедзьве былі потым закінуты і грунтоўна забыты з тым, каб праз 80 гадоў зноў прыкаваць да сябе ўвагу ўжо савецкай грамадзкасьці.

Лагойскія крыніцы

Былі ўпяршыню апісаны ў „Літоўскім весьтніку“, надрукаваным у 1840 г.; аб іх упамінаецца ў кнізе „Полное географическое описание нашего отечества“ пад рэдакцыяй В. П. Сямёнава; у 2-м томе „Верхнее Приднепровье и Белоруссия“ гаворыцца, што „яшчэ ў 1855—1865 гг. Лагойск быў вядомым сваімі лячэбнымі крыніцамі супроць паралюша, рэўматызму і нэрвовых хвароб“. Па прычыне блізасьці гэтых крыніц ад касьцёлу, уладар м. Лагойска граф Тышкевіч спачатку забараніў жыхарам мястэчка і прыежджым хворым карыстацца гэтымі крыніцамі, потым зусім загадаў засыпаць іх пяском. Толькі у 1925 г. НКАЗ БССР, зацікаўлены гэтымі крыніцамі, паслаў туды некалькі разоў экспэдыцыі ў складзе: нам. наркома, проф. Н. Бліодухо, проф. Л. Сіроціна, мяне і іншых асоб для вывучэньня гэтых крыніц. Проф. Н. Бліодухо была дэталёва дасьледвана мясцовасьць у геолёгічных, топографічных і гідролёгічных адносінах. Проф. Сіроцін вызначыў радыаактыўнасьць крыніц, на маю-ж долю выпала іх хэмічнае дасьледваньне. Дасьледвалася вада з крыніц каля грэблі блізка ракі Гайны, з спэцыяльных шурфаў, вада з ракі Рудні і з ракі Гасьцілавічы, з крыніцы у саўгасе „Озерніца“ каля Чорнага леса, з крыніцы саўгаса „Профінтэрн“

быўш. Лічыўшчына.[1] Вынікі гэтых дасьледваньняў былі наступныя: вада большай часткай празрыстая, бяз паху і смаку; толькі ў вадзе некалькіх крыніц смак быў вяжучы ад жалеза; мінэралізацыя — невялікая: колькасьць непракалёнай сухой астачы хістаецца паміж 0,290—1,663 у 1 л. вады, хлёру ў 1 л. вады 0,007 — 0,090, акісьляемасьць у вадзе прафільтраванай — 0,003—0,024; агульная жорсткасьць—6,08—7,99° (нямецкім), жалеза ў перавучоце на бікарбінат знойдзена ў колькасьці ад 8—65 мгр. на 1 літр вады; серкавадарода і сульфідаў няма ні ў воднай крыніцы, t° 3-х крыніц была +10°, +10,2° і 12° C.

Радыаактыўнасьць, вызначаная проф. Сіроціным у 20-ці крыніцах і 6-ці шчылінах і шурфах, хісталася ад 0 да 1 Mache; на падставе гэтых дадзеных проф. Сіроцін выказаў дапушчэньне, што Лагойскія крыніцы разводзяцца прэснай вадой з ракі Гайны; ён урэшце абмаўляецца, што ў зробленых ім дасьледваньнях адсутнасьць радыаактыўнасьці яшчэ не гаворыць аб адсутнасьці актыўнасьці, бо само вызначэньне радыаактыўнасьці праводзілася ня пры строга навуковых умовах, а менавіта, радыаактыўнасьць вызначалася ня ў момант выхаду вады з-пад грунту, як гэта патрэбна было зрабіць.

Як-жа трэба расцэньваць Лагойскія крыніцы з пункту гледжаньня бальнеолёгіі? Па Зэегену лячэбнай крыніцай называецца такая, якая ўтрымлівае ня менш 30 мгр. жалеза ў выглядзе бікарбоната на 1 л. вады. Hintze і Grünhut лічаць дастатковым наяўнасьць і 10 мгр.; калі мы падойдзем з гэтым крытэрыем да Лагойскіх крыніц, дык 3 крыніцы, зафіксаваныя пад № 1, шурф 2 і шурф 3, якія зьмяшчаюць 27, 61 і 65 мгр. бікарбоната жалеза, маюць права насіць назву жалезістых лячэбных крыніц. Для канчатковага развязваньня пытаньня неабходна пабудаваць бювэты, чым дана будзе магчымасьць высьветліць дэбэт крыніц, іх t°, радыаактыўнасьць у розныя пары году і сталасьць іх хэмічнага складу на працягу большага адрэзку часу.

Лагойская тарфяная гразь.

Пэўны інтарэс мае і Лагойская тарфяная гразь; наяўнасьць у ваколіцах Лагойска даволі магутных пакладаў торфу і бурага жалезьняка (а на багацьце глебы жалезам паказвае назва аднэй, недалёка працякаючай рэчкі „Руда“ і аднэй вёскі „Рудня“) дало нам права a priori думаць, што Лагойская тарфяная гразь будзе насіць жалезісты характар, што і пацьвердзілася дасьледваньнем 2-х узораў, узятых з глыбокіх пластоў торфа, каля ракі Гайны і тарфянага балота ў Гасьцілавічах.

[1] Аб выніках гэтых дасьледваньняў зроблены быў даклад у к-сіі па вывучэньні прыродных вытворчых сіл Беларусі і надрукован артыкул у „Запісках Бел. Дзярж. Сан. Ін-та“, т. I, 1926 г. „К вопросу о лечебных Логойских источниках и грязи“.

Рэзультат дасьледваньня гразі.

	Сухая астача пры 105°-С	Колькасьць арганічных матэрый у ёй	Колькасьць неарганічных матэрый	Кольк. растворных матэрый	Кольк. арганічн. растворных матэрый	Кольк. неарган. растворных матэрый	Колькасьць жалеза ў відзе кісі (Fe_2O_3)
Гразь каля шчыліны № 5 кала ракі Гайны . .	57%	92%	8%	0,26%	0,24%	0,02%	0,85%
Гразь з тарфянага балота у Гасьцілавічах . .	18%	73,3%	26,7%	0,16%	0,12%	0,04%	2,2%

Сама гразь мела выгляд аднастайнай чорнай, мяккай масы без мінэральных уключэньняў. Пры мікроскопічным дасьледваньні амаль ня відаць структуры расьліннай тканкі, што гаворыць за глыбокую мінэралізацыю торфа, а як вядома, густата і раўнамернасьць гразі зьяўляецца дадатковым фактарам, бо эфэкт усякага грязялячэньня залежыць ня толькі ад біолёгічных, радыаактыўных, электролітычных і хэмічных фактараў гразі, але ў значнай ступені і ад яе консыстэнцыі. На падставе гэтых дадзеных я выказаўся за бальнеолёгічную каштоўнасьць Лагойскай гразі; праз некаторы час НКАЗ накіраваў 4 узоры тарфянай гразі ў Адэсу ў Навукова-дасьледчы Ін-т рэдкіх мінэралаў. Даем вынікі гэтых дасьледваньняў, зробленых праф. Э. С. Бурксэрам і А. Л. Гольдэнбергам і тыя вывады, да якіх яны прышлі: торф дасьледваўся імі з хэмічнага пункту погляду па схэме, якая звычайна ўжываецца для дасьледваньня лячэбнай гразі і якая дае магчымасьць параўнаць вынікі дасьледваньняў з дадзенымі дасьледваньняў глеевых гразяй і торфаў, ужываемых для лячэбных мэт у Эльстэры, Францэнсбадзе, Липецку і інш. Па сваёй структуры Лагойскія торфы за выключэньнем № 4 утрымліваюць дастатковую колькасьць колёідаў, каб зьвязаць ваду і даваць масу, аналёгічную лячэбнай гразі.

Па свайму хэмічнаму складу яны істотна не адрозьніваюцца ад іншых торфаў, ужываемых для лячэбных мэт, за выключэньнем іх мінэралізацыі, г. зн. атрыманьне воднарастворных матэрый, якіх у іх маецца мала.

Вынікі дасьледваньняў прыведзены ў наступных табліцах

Проба торфа № 1.

У 1000 грамах торфа ўтрымліваецца:

Вады	787,04
Цьвёрдых матэрый . . .	212,96
Попелу	23,0146

Вада выцягвае з 1000 грамаў торфа:

Катыёны:	Натры . 0,0567		Аніёны:	Сярчаная кіслата 0,0444
	Магні . 0,0109			Вугальная кіслата 0,0195
				Крамнязём . . 0,0172

Сума катыёнаў і аніёнаў .	0,1487
Сухая астача пры 110° С. .	0,4146
Прапальваная астача. .	0,1580
Страта пры прапальваньні .	0,2566

Рэакцыя на прысутнасьць хлёра—сьляды
" " " жалеза—адмоўная

5% саляная кіслата выцягвае з 1000 грамаў торфа:

Вапень . .	5,1614	Сярчаная кіслата .	0,0930
Жалеза . .	1,7050	Фосфарная кіслата .	0,4914
Алюміні . .	0,6911	Сыліцыевая кіслата .	0,0582
Сума . .	8,2001		

Рэакцыя на прысутнасьць мангана—адмоўная.

У 1000 грамах торфа ўтрымліваецца:

Амінаасноў, пералічаных на хлёрыд амонію . .	0,1284
Гідрата вокісі жалеза	3,2605
" " алюмінію	1,9915
Тлушча і інш. экстрагіруемых этарам матэрый. .	0,5320
Лятучых кіслот, пералічаных на мураўіную кіслату.	0,0166

Проба торфа № 2.

У 1000 грамах торфа ўтрымліваецца:

Вады	783,68
Цьвёрдых матэрый . .	216,12
Попелу	7,7805

Вада выцягвае з 1000 грамаў торфа:

Катыёны:	Натры .	0,0599	Аніёны: Сярчаная кіслата	0,0280
	Вапень .	0,0214	Вугальная кіслата	0,0098
			Крамнязём . .	0,0060

Сума катыёнаў і аніёнаў .	0,1251
Сухая астача пры 110° С. .	0,4066
Прапальваная астача. . .	0,1280

Рэакцыя на прысутнасьць хлёра—сьляды
" " " жалеза—адмоўная

5% саляная кіслата выцягвае з 1000 грамаў торфа:

Вапень . .	2,8757	Фосфарная кіслата .	0,0142
Жалеза . .	0,1957	Сыліцыевая кіслата .	0,0481
Алюміні . .	0,1288		
Сума. . .	3,2625		

Рэакцыя на прысутнасьць мангана—адмоўная.

У 1000 грамах торфа ўтрымліваецца:

Амінаасноў, пералічаных на хлёрыд амонію . .	0,9951
Гідрата вокісі жалеза	0,3749
" " алюмінію	0,3711
Тлушча і інш. экстрагіруемых этарам матэрый. .	0,9880
Лятучых кіслот, пералічаных на мураўіную кіслату .	0,0258

Проба торфа № 3.

У 1000 грамах торфа ўтрымліваецца:

Вады	714,42
Цьвёрдых матэрый . .	285,58
Попелу	80,4961

Вада выцягвае з 1000 грамаў торфу:

Катыёны:	Натры .	0,0851	Аніёны: Сярчаная кіслата	0,1383
	Вапень .	0,0929	Вугальная кіслата	0,1460
			Крамнязём . .	0,0046

Сума катыёнаў і аніёнаў . .	0,4669
Сухая астача пры 110° С. . .	0,6094
Прапальваная астача . . .	0,4160
Страта пры прапальваньні .	0,1934

Рэакцыя на прысутнасьць хлёра—сьляды
" " " жалеза—адмоўная

5% саляная кіслата выцягвае з 1000 грамаў торфу:

Вапень . .	8,1614 .	Сярчаная кіслата .	0,1917
Магні . .	0,4782	Фосфарная кіслата .	0,1416
Жалеза . .	2,8229	Сыліцыевая кіслата .	0,2353
Алюміні . .	0,1525		
Сума . .	12,1836		

Рэакцыя на прысутнасьць мангана—адмоўная.

У 1000 грамах торфу ўтрымліваецца:

Амінаасноў, пералічаных на хлёрыд амонію . .	0,6634
Гідрата вокісі жалеза	5,3982
" " алюмінію	0,4396
Тлушча і інш. экстрагіруемых этарам матэрый .	0,4280
Лятучых кіслот, пералічаных на мураўіную кіслату .	0,0570

Проба торфа № 4.

У 1000 грамах торфу ўтрымліваецца:

Вады	621,99
Цьвёрдых матэрый . .	378,01
Попелу	48,5153

Вада выцягвае з 1000 грамаў:

Катыёны:	Натры .	0,2047	Аніёны:	Сярчаная кіслата	0,4329
	Вапень .	0,2586		Вугальная кіслата	0,0098
				Крамнязём . .	0,0086

Сума катыёнаў і аніёнаў . .	0,9146
Сухая астача пры 110° С. . .	1,7120
Прапальваная астача . . .	0,9260
Страта пры прапальваньні .	0,7860

Рэакцыя на прысутнасьць хлёра—сьляды
" " " жалеза—адмоўная

5% саляная кіслата выцягвае з 1000 грамаў торфу:

Вапень . .	14,8470	Сярчаная кіслата .	0,4880
Магні . .	1,3794	Фосфарная кіслата .	0,1080
Жалеза . .	1,3695	Сыліцыевая кіслата .	0,0784
Алюміні . .	0,4820		
Сума .	18,7523		

Рэакцыя на прысутнасьць мангана—адмоўная.

У 1000 грамах торфу ўтрымліваецца:

Амінаасноў, пералічаных на хлёрыд амонію . .	0,8453
Гідрата вокісі жалеза	2,6189
" " алюмінію	1,3891
Тлушча і іншых экстрагіруемых этарам матэрый .	2,0600
Лятучых кіслот, пералічаных на мураўіную кіслату .	0,0110

На падставе гэтых дадзеных проф. Э. Бурксэр і А. Гольдэнберг прышлі да наступных вынікаў:

„Пры складаньні сумесяй для ванн неабходна дабавіць соль; найбольш удалымі на сваёй консыстэнцыі зьяўляюцца сумесі:

a) торф № 1—150 грам. + 100 куб. см. 5% рашчыны солі
b) торф № 2—90 гр. + 150 куб. см. 5% рашчыны солі
c) торф № 3—125 гр. + 150 куб. см. 5% рашчыны солі

Зьмешваньне ўтвараецца расьціраньнем пры адначасовым паступовым уліваньні салёнай вады і пад пропускам пары, якая награвае сумесь да 40° С.

Торф № 4 прыгодных для ўжываньня сумесяй не дае.

У вытворчым маштабе сумесь павінна ўтварацца ў спэцыяльных барабанах з валам, які круціцца ўнутры. Торф можа ўжывацца ў тым выглядзе, у якім ён быў дастаўлены.

Фізычныя ўласьцівасьці сумесяй:

a) Удзельная вага	1,0551,	утрыманьне	вады	777,60
b) „	„ 1,0223	„	„	848,54
c) „	„ 1,0849	„	„	697,00

Па ўдзельнай вазе тарфяныя гразі натуральна лягчэй, чым гразявыя:

Цеплаёмнасьць розных сумесяй наступная:

З торфа	№ 1. 50 гр.	торфу	+25	куб. см.	5% рашчыны солі	—0,745
„	№ 1. 50	„	+35	„	„	—0,760
„	№ 2. 50	„	+35	„	„	—0,763
„	№ 2. 50	„	+25	„	„	—0,756
„	№ 3. 50	„	+15	„	„	—0,757
„	№ 3. 50	„	+25	„	„	—0,823

Па сваёй цеплаёмнасьці яны істотна адрозьніваюцца ад цеплаёмнасьці глеевых гразяй, якая ляжыць паміж 0,6—0,8 у залежнасьці ад утрыманьня вады. Па прычыне падабенства фізычных уласьцівасьцяй, аб чым можна судзіць як па вынікам дасьледваньня, так і па дастаўленым пробам, пажадана пастаноўка вопытаў і іх ужываньня для лячэбных мэт. Лічым неабходным дадаць, што вопыт карыстаньня аналёгічным торфам з дадаткам вельмі слаба мінэралізаванай вады Міргародзкай крыніцы (каля 3,5 гр. на літр) вядзецца ўжо некалькі гадоў Міргародзкім курортам з паказаньнем спрыяючых вынікаў з боку працуючых там спэцыялістаў.

З прыведзеных дадзеных бачна, што Лагойская гразь можа і павінна быць выкарыстана пасьля пастаноўкі некаторых дадатковых вопытаў для лячэбных мэт.

Баркоўшчынскія крыніцы

Першае дасьледваньне гэтых крыніц было зроблена ў 1843 г. Іант'ом згодна дадзеным, якія маюцца ў кнізе Slownik geograficzny Królewstwa polskiego, выд. 1880 г.; Jant першы зварочваў увагу на тое, што Баркоўшчынскія крыніцы не аднолькавы па свайму хэмічнаму складу; так у адных крыніцах ім знойдзены: вугальная кіслата, бікарбонат жалеза, карбонаты вапеню і магнія; у другіх—серкавадарод, невялікая колькасьць сульфатаў калію і магнію, хлёрыд магнію і інш. солі; далейшыя зьвесткі мы знаходзім у розных памятных кніжках па Віцебшчыне, надрукаваных у 60-х гадох мінулага стагодзьдзя; згодна гэтым дадзеным, Баркоўшчына мела выгляд сапраўднага курорта; наплыў хворых быў настолькі вялікі, што яны не зьмяшчаліся ў пабудаваных для іх 3-х дамох з 6-ю пакоямі ў кожным, а многія хворыя былі вымушаны наймаць сабе пакоі ў бліжэйшых вёсках; для абслугоўваньня хворых меласяў 1855 г. 16 ванн; для лячэбнай дапамогі наязджаў з Лепеля павятовы доктар, апрача вольна практыкуючых

дактароў, якія спэцыяльна прыяжджалі на сэзон; курс лячэньня быў 6-тыднёвы, сэзон цягнуўся з паловы мая да паловы жніўня. Крыніцы знаходзіліся на вышыні 8,68 м. вышэй роўню возера. З 5-ці крыніц 4 зьяўляліся водазборам для ўнутранага і знадворнага лячэньня, 5-я-ж студня ўспрыймала ваду з гэтых 4-х крыніц і па трубам яе садзяржымае спускалася ў возера. З 4-х крыніц 2 насілі характар жалезісты, а 2 аднесены былі да сярністых: вада ў іх была празрыстая, бяз колеру, меўся пах гнілых яек і адчуваўся смак серкі (аўтары, відавочна, хацелі сказаць—смак серкавадарода, бо серка смаку ня мае); t⁰ крыніц была ня вышэй t⁰ іншых крыніц у гэтай мясцовасьці; высьветліць, праз якія пласты глебы праходзіць вада з гэтых крыніц, тагочасным дасьледчыкам не ўдалося. Баркоўшчынскія воды ўжываліся супроць хлёроза, нэрвовых хвароб, залатухі, беляў, падагры, hydrargyrosis, дысменорэі, аменорэі, імпотэнцыі і інш. хвароб. Аб пасьпяховасьці лячэньня гаворыць наступная табліца інспэктара Віцебскай управы:

Хворыя	Колькасьць	Ачунялі	Атрымалі палягчэньне
Залатушныя	43	38	5
Рэўматыкі	42	30	12
Люэтыкі	7	2	5
Хлёротычныя	23	17	6
Паралюшныя	14	8	6
Каўтунамі	8	—	8

Далейшае дасьледваньне крыніц было зроблена проф. Карлам Шмідтам у 1888 г. пры Дэрптскім Ун-це. У вадзе „серных“ крыніц ім знойдзена наступнае: $t^0 + 5^0$ C, уд. вага 1,000279; празрыстасьць поўная, мінэралізацыя 0,291 у 1 л. вады; серкавадарод адсутнічае.

У 1 л. вады ўтрымліваецца:

Сульфат калія	= 0,00894	Бікарбонат кальцыя	= 0,14544
Сульфат натрыя	= 0,01080	Бікарбонат магнія	= 0,10282
Сульфат кальцыя	= 0,00490	Бікарбонат жалеза	= 0,00252
Хлёрыд кальцыя	= 0,00307	Крамнязёму	= 0,00988
Гідрат сярністага кальцыя	= 0,00324		

На падставе гэтых дадзеных проф. Шмідт прыйшоў да таго вываду, што гэта „серная вада“ зьяўляецца звычайнай руччавой вадой, у якой пад уплывам органічных матэрый: торфа, вадаростаў, глея, альбо пад дзеяньнем бактэрый (Bacillus desulfuricaus) сульфаты часткова рэдукаваліся ў сульфіды.

Дасьледваная ім „жалезная“ вада паказала наступнае: празрыстасьць амаль поўная (на дне некаторых бутляў— невялікі ападак вокісі жалеза); адценьне вады—лёгка жаўтаватае; удзельная вага—1,000463, мінэралізацыя нязначная—0,41295 у 1 л. вады.

Хэмічны склад вады быў наступны:

У 1 л. вады ўтрымліваецца:

Сульфата калія	= 0,00369	Бікарбоната кальцыя	= 0,26726
Хлёрыда калія	= 0,00204	Бікарбоната магнія	= 0,10102
Хлёрыда натрыя	= 0,00666	Бікарбоната жалеза	= 0,01065
Нітрата натрыя	= 0,00393	Крамнязёма	= 0,01317
Бікарбоната натрыя	= 0,00453		

Аўтар параўноўвае склад жалезістых Баркоўшчынскіх вод з аналёгічнымі замежнымі жалезістымі водамі як Пірмонтскай і Дрыбурскай і прыходзіць да вываду, няспрыяючага для Баркоўшчынскіх крыніц. Па колькасьці жалеза Баркоўшчынскія крыніцы ўтрымліваюць яго ў 7 раз менш, чым замежныя; толькі па колькасьці магніевых соляў Баркоўшчынскія крыніцы іх перавышаюць, пагэтаму ён лічыць, што Баркоўшчынская „жалезная вада" зьяўляецца калодзежнай вадой, утрымліваючай жалеза ў 6 раз больш, чым у Дэрптскіх колодзежах; канчатковага, рашучага заключэньня мы ў яго рабоце не знаходзім.

Крыніцы на Баркоўшчызьне па прычыне розных вайсковых опэрацый у гэтай мясцовасьці былі пашкоджаны і забыты амаль да 1926 г.

Калі па прапанове НКАЗ БССР проф. Е. С. Бурксэр і Е. В. Гернэт дасьледвалі крыніцы на мейсцы і зрабілі шэраг досьледаў вады ў лябораторыі, дык дасьледваньнем на месцы знойдзена: крыніцы знаходзяцца на схіле ўзгорка; вышыня халмістай градкі каля 20 мэтраў, знаходзяцца крыніцы ў вадазборы возера „Малая Баркоўшчызна", б'юць з зямлі і выносяць на паверхню пясок (глеба пяшчаная), непадобны да пяска глебы; крыніцы знаходзяцца на вышыні 15 мэтраў над узроўнем возера, каптаж дзеравянны, зрубы забруджаны глебай і расьлінамі. Сутачны дэбет 2-х крыніц каля 10000 вёдзер.

Тэмпэратура паўднёвай крыніцы 9,6° С, паўночнай—11° С. Проба для дасьледваньня ўзята з струменю 8 кастрычніка 1925 г. Вада паўднёвай крыніцы бяз колеру, паўночнай—жоўтага колеру; пах—зьлёгка затхлы. Смак паўднёвай і паўночнай крыніц зьлёгка мэталічны. Вада паўднёвай крыніцы слаба опалесцыруе; паўночная—празрыста. Рэакцыя вады паўночнай крыніцы зьлёгка лугавая.

Аналізы вады з крыніцы каля вёскі „Баркаўшчызна"

(Паўночная крыніца пад гарой).

У 1 л вады ўтрымліваецца ў грамах:

Катыёны.		Аніёны.	
Калія і натрыя	0,0009	Хлёра	0,0041
Кальцыя	0,0693	Сярчанай кіслаты	0,0041
Магнія	0,0149	Вугальнай кіслаты	0,2916
Жалеза	0,0092	Фосфарнай кіслаты	0,0003
Алюмінія	0,0116	Крэмнязёма	0,0150
		Сума катыёнаў і аніёнаў	0,4210

Сухая астача пры 105°С — 0,2915, прапаленая астача — 0,2510.

Якасны аналіз вады

Амоніяку і азоцістай кіслаты няма; азотнай кіслаты нязначныя сьляды.

Праўдападобны склад соляй па дадзеным аналізу.

Хлёрыда калія і натрыя	0,0023	Бікарбонат магнія	0,0791
Сульфата кальцыя	0,0058	Бікарбонат жалеза	0,0283
Бікарбоната кальцыя	0,2739	Фосфат жалеза	0,0005
Хлёрыда магнія	0,0020	Гідрат вокісі алюмінія	0,0334
		Сума	0,4253

Заключэньне.

Па Л. Б. Бэртонсону, а таксама па паказаньням некаторых нямецкіх аўтараў, жалезнымі водамі прынята называць толькі такія, у якіх утрымліваецца жалеза, у выглядзе бікарбоната вокісі, ня менш 0,03 гр. на л, у сапраўднасьці-ж у аддзел жалезных вод уключаюць такія крыніцы, у якіх жалеза значна менш паказанага (як, напрыклад, рад французскіх, швайцарскіх і жалезнаводзкіх крыніц).

Калі іншых складаных частак утрымліваецца мала, дык воды называюцца чыстымі жалезнымі; з паказанага пункту гледжаньня няма перашкод да аднясеньня гэтай вады з крыніцы ў вёсцы Баркаўшчызна да жалезіста-вапенных вод. Можна таксама адзначыць наяўнасьць падабенства складу соляў гэтай вады з ліпецкімі, кашынскімі і беразоўскімі водамі.

Хэмічны аналіз вады з крыніцы ў вёсцы Баркаўшчызна

(Паўднёвая студня пад гарой).

Тэмпэратура 7,7° С.

У 1 л вады ўтрымліваецца ў грамах:

Катыёны.		Аніёны	
Калія і натрыя	0,0044	Хлёра	0,0021
Кальцыя	0,0461	Сярчан. кіслаты	0,0072
Магнія	0,0105	Вугальнай кіслаты	0,1818
Жалеза	0,0024	Фосфарнай кіслаты	сьляды
Алюмінія	0,0167	Крэмнязёма	0,0105
		Сума катыёнаў і аніёнаў	0,2817

Сухая астача пры 105° С—0,1920, пракаленая астача—0,1735.

Якасны аналіз вады

Серкавадароду і сульфідаў *няма* ні ў аднэй крыніцы.

Праўдападобны склад соляў па дадзеным аналіза

Хлёрыда калія і натрыя	—0,0035	Бікарбонат кальцыя	—0,1747
Бікарбонат натрыя	—0,0109	Бікарбонат жалеза	—0,0076
Сульфат кальцыя	—0,0102	Гідрата вокісі алюмінія	—0,0481
Бікарбонат магнія	—0,0630		
		Сума	0,3180

Заключэньне

Вада паўднёвай крыніцы, як відаць, зьяўляецца вынікам сумесі жалезнай вады з вадой нямінэралізаванай і лячэбнымі ўласьцівасьцямі не ўладае.

Апрача дасьледваньняў гэтых крыніц, Бургсэрам і Гернэтам былі таксама дасьледваны воды і з возера „Малая Даўгаўшчызна", і з крыніцы каля вёскі Янава, Талачынскага раёну Аршанскай акругі, і з грамадзкай крыніцы м-ка Талачына. Усе гэтыя воды аказаліся ня мінэральнымі; колькасьць жалеза ў іх недастаткова для залічэньня іх да жалезістых.

Пасьля некалькіх гадоў зацішша, у лістападзе 1931 г. праф. Бліодухо і я былі камандыраваны ў Баркаўшчызну для дасьледваньня мясцовасьці і крыніц; зроблены мной арыентыровачны аналіз каля самых крыніц паказаў наступнае:

Назва крыніц	Колер	Празрыстасьць	Пах	Смак	Жалеза ў выгзядзе бікарбоната
Крыніца № 1 . . .	Некалькі жоўты	Поўная	Слаба балоцісты		0,0399 *
Крыніца № 2 . . .	Сьветла-жоўты	„	„		0,0377
Крыніца № 3 . . .	Бяз колеру	„	„		0,0088 **
Крыніца № 4 . . .	„ „	„	Некалькі		0,00177
Крыніца № 5 . . .	Жаўтаваты	„	балоцісты		0,03108
Старая крыніца, каля санаторыі „Убудкі". .	Бяз колеру	„	„ Няма-нормальны		няма.
Новая крыніца вады, каля будкі з возера Даўжаны; вада ўзята на адлегласьці 3-х мэтр. ад берага.	„ „	„	„		няма
Вада ў самога берага Вячэлі.	„ „	„	„		няма

Пасьля гэтых орыентыровачных дасьледваньняў на месцы ўзоры вады былі накіраваны ў Беларускі Дзяржаўны сан. гіг. ін-т для дэталёвага аналізу; дасьледваньне, зробленае загадчыкам аддз. воднай гігіены П. В. Астапеня, дало наступныя вынікі:

У 1 л вады ўтрымліваецца:

Сухая астача пры 105° ад 170 — 370 мгр.
„ „ пасьля пракаліваньня 79 — 246 мгр.
Агульная жорсткасьць = 3,44° — 20,89° (нямецкім).
Карбонатная „ = 3,08° — 28,16° „
SO_3 жорсткасьць = 0,68 — 5,4 мгр.
Fe „ = 1,1 — 5,5 „ у пераўучоце на
бікарбонат жалеза = 5.5 —27,5 „
Cl = 1,0 —25,4 „
Акісьляемасьць = 3 —21 „ тлёну

Серка-вадарода ні вольнага, ні зьвязанага *ня* знойдзена ні ў адной вадзе.

* Паўторнае дасьледваньне на другі дзень вады гэтай крыніцы паказала тыя-ж органолептычныя ўласьцівасьці; жалеза—0,0355.

** Паўтор. дасьлед. на другі дзень паказала тыя-ж уласьців. і тую самую кольк. жалеза.

Параўноўваючы гэтыя, самыя апошнія аналітычныя дадзеныя з дадзенымі, атрыманымі папярэднімі дасьледчыкамі, мы бачым, што факт наяўнасьці жалеза і нават прыблізны % яго, застаюцца даволі ўстойлівымі на працягу значнага пэрыоду часу, што зьяўляецца момантам дадатным і даючым нам права лічыць Баркоўшчынскія крыніцы жалезістымі[1]; у інтарэсах разьвіцьця бальнеолёгічных рэсурсаў нашай Рэспублікі неабходна больш энэргічна вытварыць дадатковыя дасьледваньні і вырашыць у бліжэйшым будучым канчатковы лёс гэтых крыніц.

3. Бабруйская шчыліна.

Калі адносна Лагойскіх і Баркоўшчынскіх крыніц маюцца яшчэ ў некаторых працаўнікоў НКАЗ і Бел. АН сумненьні (якія, як мы бачым, ня маюць дастатковай падставы) у мэтазгоднасьці затраты выдаткаў на далейшыя дасьледчыя работы, дык зусім нельга сумнявацца адносна вартасьці нядаўна адчыненай мінэральнай шчыліны ў Бабруйску; дасьледваньне, зробленае П. Астапеня ў Сан.-гіг. ін-це, дало наступныя, вельмі спрыяючыя дадзеныя:

Вада знаходзіцца на глыбіні 289 м; ровень вады ляжыць на 150 м вышэй роўня мора; PH — 6,63. У 1 л вады ўтрымліваецца сухое астачы пры 110° С — 16,14; пасьля пракальваньня — 12,9; жорсткасьць — 205,9°, акісьляемасьць— 0,010 мгр тлён.

У 100 частках сухой астачы ўтрымліваецца:

Cl	= 45,63	MgO	= 2,75
SO_3	= 10,36	CO_2 вольнай	= 35 мгр.
$Al_2O_5 + Fe_2O_3$	= 0,22	„ зьвязанай	= 81 мгр.
CaO	= 9,29	Агульн. колькасьць CO_2	=116 мгр.

Перавучот аналіза.

	Гр./л.	М. Э.	%
Na	4,020	174,8	70,4
Ca	1,053	52,58	21,2
Mg	0,252	20,73	8,35
Fe	0,0037	0,13	0,05
Cl	7,440	209,8	84,5
Br	0,0039	0,0049	—
SO_4	1,670	34,74	14,0
HCO_3	0,226	3,70	1,5

[1] Трэба адзначыць, што ў падручніку А. Лазінскага „Бальнеология практического врача" у разьдзеле „Бальнеография России", выданьне 1817 г. Баркоўшчынскія крыніцы ўвашлі ў сьпіс чыста жалезных. У кнізе „Полное географическое описание нашего отечества", т. IX „Формы поверхности и строения земной коры в пределах верхняго Поднепровья и Белоруссии" таксама Баркоўшчынскія крыніцы трактуюцца, як крыніцы лячэбныя.

Па свайму складу вада з Бабруйскай шчыліны падыходзіць да Стара-Рускіх вод і зьяўляецца, бязумоўна, лячэбнай салянай крыніцай.

Д-р С. М. Афонскі

ОРЫЕНТЫРОВАЧНЫЯ ЛІЧБОВЫЯ МАТАР'ЯЛЫ ДА ПАБУДОВЫ ПЛЯНУ ПСЫХАНЭЎРОЛЁГІЧНАЙ ДАПАМОГІ Ў БССР У ДРУГУЮ ПЯЦІГОДКУ[1]

Сучаснае становішча псыханэўролёгічнай дапамогі ў БССР выяўляецца ў наступным выглядзе:

а) Ложкавая больнічная сетка для нэрвовых хворых—

у Менску	—	50 ложкаў	для дарослых і 15 для дзяцей
„ Гомелі	больніца—	12 ложкаў	
„ Віцебску	„	24	„
„ Бабруйску	„	10	„

Усяго 97 ложкаў для дарослых і 15 для дзяцей, што складае 1 нэрвовую койку на 52.678 чал. насельніцтва, альбо на 1.000 чал.—0,0019 койкі.

б) Ложкавая больнічная сетка для псыхічных хворых—у Менскай псыхіятрычн. больніцы 255 ложк. (у тым ліку у працоўнай колёніі Навінкі 100 лож.).

у Магілеўскай	„	„	600	„
у Віцебскай	„	„	275	„

Усяго 1.130 ложкаў, што складае 1 псыхіятрычную койку на 4.644 чал. насельніцтва, альбо на 1.000 чал.—0,21 койкі.

в) Санаторныя аддзяленьні для хворых памежнымі становішчамі і пачатковымі формамі псыхічных захворваньняў—пры Магілеўскай псыхіятрычнай б-цы аддзяленьне на 25 ложкаў адчынена ў першай палове 1932 году, пры Менскай псыхіятрычнай б-цы на 23 койкі павінна быць адчынена да XV гадавіны Кастр. Рэволюцыі. (Койкі санаторных аддзяленьняў уваходзяць у агульны лік псыхіятрычных коек).

г) Санаторыя для нэрвовых хворых усяго на 30 коек маецца ў БССР таксама толькі адна—у Баркаўшчызьне Вушацкага раёну (паміж Полацкам і Лепелем).

[1] У гэтым артыкуле маецца шэраг лічб, якія выражаюць патрэбнасьць у ложках, урачох і г. д. на апошні год 2-ой пяцігодкі. Увіду таго, што гэтыя лічбы вызначаліся аўтарам тады, калі яшчэ ня былі распрацаваны матар'яльна-фінансавыя „ліміты“, яны зьяўляюцца цікавымі не як абсолютныя лічбы, а толькі ў той меры, у якой яны характарызуюць патрэбныя колькасныя *суадносіны* паміж розных відаў нэўрапсыхічнай дапамогі.

д) Нэрвовыя габінэты пры амбуляторыях і паліклініках існуюць у наступных дзевяці гарадох (з 12 гарадоў БССР):— Менск, Гомель, Віцебск, Магілеў, Бабруйск Барысаў, Полацак, Рэчыца, Мазыр.

е) Псыханэўролёгічны дыспансэр з габінэтамі: нэўролёгічным, псыхіятрычным і лёгопэдычным (па лячэньню ад заіканьня) і прапускной здольнасьцю у 9—10 тысяч хворых у год маецца па ўсёй БССР адзін—у Менску.

ж) Больніца для хронікаў ня толькі нэрвовых, але і соматычных хворых на 45 коек існуе адна—у Чэрвені.

з) Колькасьць дактароў спэцыялістых на 1/І-32 г. па БССР 57: з іх нэўропатолёгаў—23 і псыхіятраў—25.

Гэтыя даныя з дастатковай яскравасьцю паказваюць, што псыханэўролёгічная дапамога, якая зьяўляецца наогул адсталым участкам соцыялістычнай аховы здароўя, асабліва адстае ў нас на Беларусі—ложкавая больнічная сетка, асабліва па нэўролёгіі, вельмі слаба разгорнута, дзіцячая псыханэўролёгія амаль не разьвіта, дыспансэрныя і санаторныя лекава-профіляктычныя ўстановы, работа якіх у сучасны момант зьяўляецца асабліва актуальнай, слаба прадстаўлены, некаторых зьвеньняў ступенчатай псыханэўролёгічнай сеткі—як больніцы, альбо аддзяленьні для наркоманаў зьменных альбо начных санаторый для нэўротыкаў, нэўра-псыхагігіеністаў, раённых псыханэўролёгаў—зусім няма, кадры дактароў спэцыялістых больш чым недастатковы.

Вывучэньне нэўрапсых. захворваемасьці можа і павінна базавацца на матар'ялах, якімі зьяўляюцца статыстычныя даныя аб захворваемасьці працоўнага насельніцтва па нэрвовым і псыхічным хваробам, частаце і распаўсюджанасьці паасобных іх форм, колькасных суадносін паміж імі, непрацаздольнасьці, інваліднасьці і сьмяротнасьці нэрвовых і псыхічных хворых, патрэбнага проценту шпіталізацыі і санаторызацыі тэй ці іншай з гэтых груп, сярэдняй колькасьці ложкаў—дзён прабываньня ў больніцы, санаторыі, альбо колёніі і г. д. Між тым, гэтыя дадзеныя, нажаль, альбо вельмі бедны, альбо зусім адсутнічаюць, бо мэдычная статыстыка ў нас, наогул кажучы, мае значныя недахопы, аб чым ужо шмат гаварылася і што вельмі і не адзін раз падкрэсьлівалася на мэдычных і плянавых нарадах.

Усё-ж, азнаёміўшыся з тымі статыстычнымі данымі, якія маюцца як у БССР, так і ў іншых рэспубліках нашага Саюзу, мы зрабілі спробу накідаць проект пляну пабудовы псыханэўролёгічнай дапамогі па БССР. Адначасова з гэтым мы лічым патрэбным адзначыць, што гэтыя лічбы павінны разглядацца, як сугуба орыентыровачныя, як матар'ял, які можа служыць толькі падставай для канчатковага пляну.

Ня трэба забываць, што статыстыка вельмі адказная справа: калі матар'ял па псыханэўролёгіі ў БССР у другую пяцігодку, які падлягае статыстычнай апрацоўцы, не падпадае выстарчальнаму, сапраўды навуковаму якаснаму аналізу,

лічбы на ім пабудаваныя могуць нас зусім дэзорыентыраваць, чым, як вядома, неаднокраць карысталіся клясавыя ворагі ў мэтах „абгрунтаваньня“ шкодных для соцбудаўніцтва тэорый.

Зусім зразумела, што канчатковы плян будзе і павінен будавацца на падставе і з абавязковым улікам як тых соцыяльных зрухаў, якія адбыліся ў нашай краіне, у процэсе соцыялістычнага будаўніцтва, так і тых дырэктыўных указаньняў, якія маюцца з боку партыі ў адносінах да клясавадыфэрэнцыраванага мэдабслугоўваньня рабочых і працоўнага сялянства (Пастанова Сьнежаньскага пленуму ЦК УсеКП(б) ад 1929 г.).

Трэба зьвярнуць увагу на тое, што аўтары, у якіх мы бралі тыя ці іншыя лічбы, не заўсёды ў дастатковай меры ўлічвалі прынцыповую розьніцу паміж асаблівасьцямі нэрвовапсыхічнай захворваемасьці ў нас і ў капіталістычных краінах. З другога боку клясыфікацыя нэўрапсыхічных хвароб (асабліва т. званых функцыянальных) яшчэ да сучаснага моманту не стаіць на належнай вышыні і зьяўляецца об‘ектам аднэй з чарговых і вялікіх проблем нэўрапсыхіятрыі.

Пасьля зробленых заўваг мы ўсё-ж спадзяемся, што пры належнай пільнасьці і пасьля шматразовай праверкі прыведзены матар‘ял можа быць скарыстаны для пабудовы 2-й пяцігодкі па псыханэўролёгіі ў БССР у адпаведнасьці з дырэктыўнымі ўказаньнямі, данымі XVII партконфэрэнцыяй.

Амбуляторная наведваемасьць па нэрвовым і псыхічным хваробам.

Менск з яго 160.000 насельніцтвам у 1931 г. даў 34.000 амбуляторных наведваньняў па нэрвовым і псыхічным захворваньням, з якіх 1/4 (каля 8.500) падае на вясковае насельніцтва (прыежджых), на гарадзкое застаецца 25.500 наведваньняў. Такім чынам на ўсё гарадзкое насельніцтва БССР у 1931 г. (адзін мільён насельніцтва) павінна быць па нэрвовым і псыхічным хваробам—160.000 наведваньняў (на 1.000 насельніцтва—каля 160 наведваньняў), на вясковае насельніцтва (пяць мільёнаў) з інтэнсыўнасьцю абслугоўваньня яго ў 3 разы меншай (на 1.000 чал. насельніцтва—53 наведваньняў) прыпадае 265.000 амбуляторных наведваньняў.

Усяго па БССР на 6.000.000 насельніцтва БССР прыдзецца ў 1937 г. прыблізна 425.000 наведваньняў па нэрвовым і псыхічным хваробам, (на 1.000 чалавек—71 наведваньне, на 100 чалавек насельніцтва—7,1 наведваньняў).

Падставы:

1. У 1931 г. па Менску амбуляторыямі, поліклінікамі, псыханэўролёгічным дыспансэрам і псыхіятрычнай больніцай прынята нэрвовых і псыхічных хворых 34.282 ч. пры агульным амбуляторным прыёме ў 840.289 чал — 4%. Па 10 гарадох БССР прынята нэрвовых і псыхіч-

ных хворых 92.981, пры агульным амбуляторным прыёме ў 3.997.198 чалавек—2,2%.

2. У 1930 г. па Менску з агульнага амбуляторнага прыёму $^{1}/_{5}$ частка прышлася на прыежджых.

3. Па дадзеным Б. Смулевіча наведваемасьць па нэрвовым хваробам у гарадох і ў паселішчах гарадзкога тыпу БССР у 1925 г. складала ў адносінах да агульнай наведваемасьці 4% (Б. Я. Смулевіч. — „Захворваемасьць і сьмяротнасьць насельніцва гарадоў і мястэчак БССР", г. Менск, 1928 г.). Той-жа процант па Маскве і Маскоўскай губ. у 1926 г. (Р. Муніхэс: „Статыстыка нэрвовых хвароб", Б. М. Э. том XX).

4. Па дадзеным Кіраўніцтва народна-гаспадарчага ўліку пры Дзяржпляне БССР наведваемасьць па нэрвовым хваробам па 10 гарадох БССР у адносінах да агульнай наведваемасьці ў 1930 г. складала 2%, у 1931 г. 2,3%, а па Менску ў 1930 г.—3,8%, у 1931 г. 4%; па проекту Н. К. Аховы Здароўя на 1937 г. павінна саставіць 3,5%.

5. Па літаратурным дадзеным (Масква, Ленінград, Харкаў) нэрвовая наведваемасьць да агульнай павінна складаць 4-5%.

6. Смулевіч інтэнсыўным паказчыкам нэрвовай наведваемасьці па гарадох і паселішчах гарадзкога тыпу ў 1925 г. лічыць 37,2 на 1.000 насельніцтва (там-жа).

Колькасьць нэрвовых і псыхічных хворых.

Лічачы ў сярэднім на аднаго хворага 2,5 амбуляторных наведваньняў у год, агульную колькасьць нэрвовых і псыхічных хворых (апошнія таксама прымаюцца нэўрапатолёгамі) трэба лічыць у 425.000 : $2^{1}/_{2}$=170.000 чал., з іх псыхічна-хворыя складаюць 18.000 чалавек (3 на 1.000 насельніцтва) [1]; такім чынам, на нэрвовых хворых (органікаў, нэўротыкаў і пагранічныя становішчы) прыдзецца 152.000 чал. На 1.000 насельніцтва нэрвовых і псыхічных хворых 28 чал.—2,8%,

з іх { псыхічна хворых . . 3 чал.—0,3%
нэрвова хворых . . 25 чал.—2,5%

Падставы:

1. Па 10 гарадох БССР на аднаго нэрвовага хворага прыпадала ў 1930 г. 2,2 амбуляторных наведваньні, у 1931 г.—2 наведваньні.

Па Менску ў 1930 г.—2,2 наведваньні (усяго па Менску 30.877 наведваньняў); у 1931 г.—2,16 наведв. (усяго 33.851 наведв.—амбуляторны прыём псыхіятрыч-

[1] Аб псыхічна-хворых, ложках для іх і дактарох псыхіятрах мы тут не гаворым, адсылаючы тых, якія цікавяцца гэтым пытаньнем разгортваньня псыхіятрычнай больнічнай сеткі ў 2-ю пяцігодку, па зьмешчанай у гэтым самым зборніку работы проф. А. К. Ленца „Рэконструкцыя псыхіятрычнай дапамогі ў БССР".

най больніцы сюды не ўваходзіць); наогул на аднаго амбуляторнага хворага па ўсім спэцыяльнасьцям у 1931 г. па 10 гарадох БССР прыходзілася 3 наведваньні (дадзеныя Кіраўніцтва народна-гаспадарчагаўліку пры Дзяржпляне БССР).

2. Інтэнсыўныя паказчыкі наведваемасьці нэрвовых і псыхічных хворых (на 1.000 насельніцтва) па 8 гарадох БССР складалі: у 1926 г.—42,5, у 1927 г.—39,2, у 1928 г.—40,5 (дадзеныя ЦСУ БССР).

3. Экстэнсыўныя паказчыкі нэрвовай і псыхічнай захворваемасьці па БССР (колькасьць нэрвовых і псыхічных хворых на 100 хворых): у 1925 г. па Смулевічу—4, па дадзеным Кіраўніцтва народна-гаспадарчага ўліку Дзяржпляну БССР у 1926-1927 г.г.—3,7, у тым ліку псыхічныя захворваньні—0,3.

Разьмеркаваньне нэрвовых хворых па групам і формам захворваньняў

Выходзячы з лічбы па БССР на 1937 г. у 152.000 нэрвовых хворых, [1] трэба лічыць, што апошнія разьмяркоўваюцца на 2 асноўныя групы захворваньняў наступным чынам: ня больш 35% арганічных захворваньняў нэрвовай сыстэмы—53.200 хворых і 65% функцыянальных захворваньняў нэрвовай сыстэмы (разам з пагранічнымі становішчамі)—98.800 хворых.

Больш дэталёвае разьмеркаваньне хворых па формам захворваньняў трэба сабе маляваць у наступным выглядзе:

У лік 53.200 арганічных хворых увойдуць:
хворыя эпілепсіяй — 4% — 6.080,
хворыя люэсам нэрвовай сыстэмы — 5% — 7.600,
захворваньні пэрыфэрычнай нэрвовай сыстэмы — 16% — 24.320,
эндокрынныя і вэгетацыйныя захворваньні — 3% — 4.560,
іншыя арганічныя захвор. нэрв. сыстэмы — 7% — 10.640.
У лік 98.800 функцыянальных хворых увойдуць:

[1] Трэба тут-жа агаварыць, што ў гэтую лічбу ўваходзяць ня толькі хворыя ў простым сэнсе гэтага слова, але таксама і людзі з часовымі і лёгка абрацімымі парушэньнямі функцый нэрвовай сыстэмы альбо з адзнакамі так званага прэпатолёгічнага становішча, г. зн. зусім фізычна і псыхічна паўнакаштоўныя, але патрабуючыя профіляктычнага і гігіенічнага падыходу, каб папярэдзіць магчымасьць пераходу прэпатолёгіі ў паталёгію. Вялізарная праца ў гэтым напрамку, якая базуецца на моцным процэсе аздараўленьня працы і быту ва ўмовах разгорнутага соцбудаўніцтва, зьяўляецца спэцыфічнай асаблівасьцю савецкай мэдыцыны, якая (асаблівасьць) прынцыпова адрозьнівае апошнюю ад мэдыцыны капіталістычных краін; фактычна тым самым значна зьмяншаецца прыведзеная лічба нэрвовых хворых за кошт катэгорый т. зв. нэўроцікаў, псыхапатаў і г. д.. Гэткім чынам лічбу „152.000“ належыць разумець умоўна,—як паказальнік, з якога мы выходзім пры плянаваньні неабходных практычных мерапрыемстваў у галіне псыханэўролёгіі.

ня менш 12% псыхапатаў — 18.240,
" " 2% траўматыкаў — 3.040,
" " 5% хворых заіканьнем — 7.600,
" " 40% нэўротыкаў — 60.800.
" " 6% наркоманаў і інш. — 9.120,

Падставы:

1. Па матар'ялам Растоўскіх поліклінік (звыш 50.000 першаразовых хворых) хворыя нэрвовых габінэтаў разьмяркоўваюцца наступным чынам: нэўротыкі — 61%, (лічба гэта высокая і малавераятная), пэрыфэрычныя захворваньні нэрвовай сыстэмы 20,5%, нэўролюэс — 4,2%, эпілепсія—3%, іншыя органічныя захворваньні нэрвовай сыстэмы — 4,7%, эндокрынныя захворваньні—3,7%, ня нэрвовыя захворваньні—4,6% (П. І. Эмдін. — „Будаўніцтва нэўродапамогі на Паўночным Каўказе".—Часопіс нэўрапатолёгіі і псыхіятрыі 1931 г. № 7).

2. Па матар'ялам амбуляторыі Нэрвовай Клінікі 1924—28 г. (15.766 нэрвова-хворых) органічных захворваньняў нэрвовай сыстэмы 53%, функцыянальных — 47%; прычым эпілепсія складае 5%, нэўролюэс 6%, захворваньні пэрыфэрычнай нэрвовай сыстэмы 17%, эндокрынныя захворваньні 5%. (М. А. Хазанаў „Клініка нэрвовых хвароб і Інстытут фізычных мэтодаў лячэньня НКАЗ і БДУ".—Беларуская Мэдычная думка, 1929 г. № 1).

3. Па матар'ялам тэй-жа амбуляторыі за 1930 і 31 гг. (7.714 першаразовых хворых) органічныя захворваньні нэрвовай сыстэмы складаюць 56%, функцыянальныя—44%.

4. Па нагляданьням д-ра Астаповіча ў адным з раёнаў ЦЧО, колькасьць нэрвовых хворых органікаў складае 38% агульнай колькасьці нэрвовых і псыхічных хворых; гэткія самыя даныя ў Вольфа, Чэцьверыкова і інш. (Футэр „Аб некаторых задачах у нэўрапатолёгіі"—Савецкая нэўрапатолёгія, псыхіятрыя і псыхагігіена, 1932 г. № 1-2).

5. Па дадзеным М. Іогіхеса колькасьць нэрвовых захворваньняў сярод дзяцей, праходзячых праз дзіцячыя амбуляторыі Ленінграду, перавышае 4,8% („Савецкая мэдыцына ў барацьбе за здаровыя нэрвы").

6. Па літаратурным дадзеным асобныя формы нэрвовых захворваньняў сустракаюцца сярод насельніцтва наступным чынам:

а) эпілептыкі ў насельніцтве па СССР складаюць: па Беляеву і Прозараву—0,08—0,1%, па Эмдіну—0,1%, па Кутаніну—0,2%, па Давыдзенкаву—0,3% (0,1% да насельніцтва БССР—6.000 хворых).

б) Нэўролюэсам па Фельдману і Перкелю хварэе—0,2-0,3 насельніцтва буйных гарадоў; па Бронэру сумарныя лічбы раду буйных гарадоў Саюзу даюць у сярэднім 2% люэтыкаў. Колькасьць-жа хворых нэўролюэсам сярод люэтыкаў па розным аўтарам (Матгаўзен, Рыле, Бляшко, Рэдліх, Канавалаў і інш.) складае 10—15% (0,12% да насельніцтва БССР—7.200 хворых).[1]

в) Хворых заіканьнем сярод дарослага насельніцтва па дадзеным розных аўтараў (Капусьцін, Сікорскі, Суботнік і інш.) трэба лічыць 0,10—0,13%, процант заікаючыхся дзяцей значна больш—1% і вышэй (0,13 па БССР—7.800 хворых), але зьвяртаемасьць за лячэньнем ад заіканьня ня больш 1/4-1/5 заікаючыхся (1.875—1.500 хворых).

7. Па Люксембургеру (Münch. med. Woch. 1930. № 46.) колькасьць эпілептыкаў у насельніцтве 0,3%, цыклафрэнікаў—0,4% і шызафрэнікаў 1% (апошняя лічба яўна прэўвялічаная нават і тады, калі ў гэтую групу ўключыць шызоідных псыхопатаў).

8. Па дадзеным Л. Прозарава (гл. там-жа „Савецкая мэдыцына ў барацьбе за здаровыя нэрвы"), якія адносяцца да хворых псыхіятрычных больніц РСФСР, псыхічныя захворваньні ў 1924 г. разьмяркоўваліся па формам і стану наступным чынам:

	У мужчын	У жанчын
Шызафрэнія	27,5%	33,0%
Эпілепсія	11,0%	19,7%
Прогрэсыўны паралюш . . .	10,2%	—
Олігафрэнія	8,0%	7,7%
Маніяк.-дэпр. псыхоз . . .	6,8%	14,0%
Псыхаген. рэакцыі	6,9%	7,2%
Псыхапатыя	5,9%	—
Алкоголізм.	5,5%	—
Артэрыо-склероз і сенільныя формы	—[2]	6,0%

9. Разьмеркаваньне 71.972 псыхічна хворых, якія прайшлі псыхіятрычныя больніцы РСФСР у 1928 г., па матар'ялам таго самага Прозарава („Агляд становішча псыхіятрычнай дапамогі ў РСФСР" — Часопіс нэўрапатолёгіі і псыхіятрыі 1930 г. № 4) наступнае:

[1] Па матар'ялам нэрвовага аддзяленьня Кіеўскай рабочай больніцы за гады 1923—30 люэс нэрвовай сыстэмы складае каля 9% агульнай колькасьці хворых з органічнымі захворваньнямі нэрвовай сыстэмы (М. Зінгерман—„Да клінікі нэўролюэса"—Савецкая псыханэўролёгія, 1931 г. № 4-5).

[2] Лічб няма.

	У мужчын	У жанчын
Псыхічныя расстройствы пры органічных захворваньнях мазга	3,03%	3,7%
Псыхічныя расстр. пры атручваньнях	23,08%	3,7%
" " " інфэкц. захв.	1,51%	2,09%
Сыфіліс мазга, прогрэс. паралюш	7,28%	4,56%
Сенільныя, прэ-сенільныя формы і артэрыо-склероз мазга	4,2%	7,21%
Эпілепсія	9,07%	11,04%
Шызафрэнія	26,20%	38,67%
Маніяк.-дэпрэс. псыхоз	3,40%	8,15%
Псыхопатыя	5,05%	4,05%
Псыхогенныя рэакцыі	5,66%	6,72%
Паранойя	0,64%	0,82%
Олігафрэнія	5,87%	6,50%

Ложкі дзеля шпіталізацыі нэрвовых хворых

Калі ў адносінах да агульнай захворваемасьці шпіталізацыя па БССР складае 9%, па Менску-ж 5% (з 27.000 хворых, ляжаўшых у больніцах і клініках Менску ў 1930 г., 10.000 хворых—44%—складалі прыежджыя), дык у адносінах органічных захворваньняў нэрвовай сыстэмы шпіталізацыя павінна складаць ня менш 15% (улічваючы неабходнасьць 100% шпіталізацыі такіх захворваньняў нэрв. сыстэмы, як пухліны сьпіннога і галаўнога мазга, поліоміэліты, полінэўрыты, мэнінгіты, энцэфаліты, кровазьлівы ў мозг і мазгавыя абалонкі і інш.). Такім чынам 7.150 хворых патрабуе шпіталізацыі, для чаго пры ўмове прабываньня аднаго хворага на койцы на працягу месяца патрэбна 655 коек.

Падставы:

1. Сьмяротнасьць ад хвароб нэрвовай сыстэмы і органаў адчуваньня ў розных дзяржавах складае 10% усяе сьмяротнасьці, прычым больш 1/2 сьмярцей падае на гэмарагію мазга (Р. Муніхэс „Статыстыка нэрвовых хвароб“, БМЭ, том XX).

2. У Маскве сьмяротнасьць ад хвароб нэрвовай сыстэмы (на 100 памёршых ад розных хвароб) у 1926 г. складала каля 8, у гарадох УССР—9,7, у гарадох і пасёлках гарадзкога тыпу БССР у 1925 г. раўнялася 9 (там-жа). Па дадзеным Кіраўніцтва народна-гаспадарчага уліку пры Дзяржпляне БССР у 1926 г. у БССР—7,04, 1929 г.—8,43, у 1930 г.—5,4; наогул па БССР сьмяротнасьць ад нэрвовых захворваньняў займае шостае месца (з 50 месц па сьмяротнасьці).

3. Па дадзеным Маскоўскага Бюро доктарскай экспэртызы 1924 г. інваліднасьць ад нэрвовых хвароб складала 14,8% усёй інваліднасьці (Б. М. Э., том XX); па дадзеным Арэхава-Зуеўскага Бюро доктарскай экспэртызы за 1927—28 гг.—18,0% усёй інваліднасьці; па матар'ялам Кіеўскага Бюро доктарскай экспэртызы ў 1929 г. (1.518 выпадкаў на 10.073 выпадкі інваліднасьці наогул) нэрвовыя і псыхічныя захворваньні складаюць 15,8% агульнай інваліднасьці і разьмяркоўваюцца наступным чынам:

Арганічн. захворваньні цэнтральн. нэрв. сыст.	45%
Функцыян. захворваньні „ „ „	21%
Траўматычны нэўроз	13,5%
Псыхічныя захворваньні	12%
Захворв. пэрыфэр. нэр. сыстэмы	9%

(І. Гілула—„Захвор. нэрвовай сыстэмы і інваліднасьць“, Кіеў, 1929 г.).

Нарэшце па дадзеным Менскага Бюро доктарскай экспэртызы за 1929, 1930 і 1931 гг., апрацованым д-рам Гарэлік, з 10.144 выпадкаў агульнай інваліднасьці 1.614 выпадкаў інваліднасьці па нэрвовым і псыхічным хваробам — 16,25%, прычым паасобныя формы апошняй разьмяркоўваюцца паміж сабой наступным чынам:

Арганічн. захворв. цэнтр. нэрв. сыст.	40,4%	інвалідн.
Функцыян. „ „ „ „	23,1%	„
Захворв. пэрыфэр. нэрв. сыстэмы .	15,5%	„
Псыхічныя захворваньні . . .	15,0%	„
Траўматычны нэўроз	6,0%	„

Найбольш цяжкія выпадкі нэрвова-псыхічнай інваліднасьці даюць псыхічныя захворваньні і арганічныя захворваньні цэнтральнай нэрвовай сыстэмы, далей ідзе траўматычны нэўроз, за ім функцыянальныя захворваньні і захворваньні пэрыфэрычнай нэрвовай сыстэмы. (Гарэлік Р. П.—„Нэрвова-псыхічная інваліднасьць па даным Менскага Бюро ўрачэбнай экспэртызы“, праца Псыханэўролёгічнага дыспансэра, Менск, 1932 г.).

4. Лік выпадкаў страты працаздольнасьці ад хвароб нэрвовай сыстэмы на 100 рабочых і служачых усёй прамысловасьці Масквы і Маскоўскай вобл. ў 1925 г. складаў 4,2, у 1926 г.—3,6, у 1927 г.—3,5, ў 1928 г.—4,2 (Б. М. Э. том XX), сярэдняя-ж колькасьць выпадкаў непрацаздольнасьці за гады 1925—1928—3,9; у тым ліку:

ад хвароб мазга . .	0,2
„ нэўралгій і нэўрытаў .	1,6
„ гістэрыі і нэўрастэніі .	1,2
„ псыхічных захворваньняў . . .	0,2

5. Па матар'ялам Галоўсацстраху БССР лік выпадкаў страты працаздольнасьці ад хвароб, нэрвова-псыхічных на 100 актыўна застрахаваных па прамысловасьці БССР складаў:

	У 1925 г. у сярэднім—6,8; у тым ліку:		У 1929 г.—8,2; у тым ліку:
ад захворв. мазга . .	0,13	—	0,22
„ нэўралгій і нэўрытаў.	4,6	—	5,42
„ гістэрыі і нэўрастэніі	1,47	—	0,88
„ псыхічных захворв.	0,14	—	0,2

6. Па статыстычным дадзеным клінікі нэрвовых хвароб Ленінградзкага Ін-ту, якія датычацца ліку нэрвовых хворых больніцы імя Эрысмана за час з 1915 па 1920 г., нэрвовыя хворыя ў агульна-соматычных больніцах складаюць амаль 3% агульнай колькасьці паступленьняў; прычым прабываньне нэрвовага хворага ў больніцы ў сярэднім правышае ў 3,5 разы прабываньне хворага ўсякай іншай катэгорыі; у сувязі з гэтым праф. Нікіцін робіць вывад, што лік ложкаў для нэрвовых хворых павінен складаць 10% агульнай колькасьці ложкаў соматычных больніц (матар'ялы 2-й Усесаюзнай нарады па пытаньням псыхіятрыі і нэўролёгіі 1924 г.); аб тым самым гаворыць і профэсар В. Харошка (зборнік „Савецкая мэдыцына за здаровыя нэрвы“).

7. Па дадзеным А. Сьмірнова („Ахова Здароўя“ 1929 г. № 9) у Ленінградзе ўжо ў 1929 г. была 991 койка для нэрвовых хворых, што складала 6,1% да агульнай колькасьці ложкаў (0,57 нэўролёгічнай койкі на 1.000 насельніцтва), і 2.756 ложкаў для псыхіятрычных хворых—17,2% да агульнай колькасьці ложкаў (1,59 псыхіятрычнага ложка на 1.000 насельніцтва).

8. Па дадзеным Г. Карановіча („Контрольныя лічбы і задачы організацыі нэўрапсыхіятрычнай дапамогі на 1931 г.“—Часопіс нэўропатолёгіі і псыхіятрыі 1931 г. № 3) у РСФСР у 1931 г. псыхіятрычных ложкаў было 2.935—0,26 ложка на 1.000 насельніцтва (у Ленінградзе 0,62, у Маскве—0,87) і павінна было быць 3,782 нэўролёгічн. ложкі, калі ня лічыць клінічных і санаторных, што складае 1 на 29.700 насельніцтва.

9. На Украіне (гл. тэзісы Я. Ізельсона да Усеукраінскай Нарады нэўрапатолёгаў і псыхіятраў у кастрычніку 1930 г.) у 1930 г. было 4.600 штатных псыхіятрычных ложкаў, а фактычна было занята 7.137; у 1932 г. налічваецца ў круглых лічбах каля 8.000 псыхіятрычных ложкаў, што пры 30 млн. насельніцтва УССР дае адзін ложак на 3.750 чал.

10. У Англіі (артыкул Л. Прозарава ў Часопісі „нэўрапатолёгіі і псыхіятрыі“, 1930 г. № 4) у 1927 г.

было—118.498 псыхіятрычных ложкаў (3 койкі на 1.000 насельніцтва) і 23.589 ложкаў для ідыётаў і эпілептыкаў (0,6 ложкі на 1.000 насельніцтва).

Калі хворыя з арганічнымі захворваньнямі нэрвовай сыстэмы патрабуюць больнічнай шпіталізацыі, дык для хворых функцыянальнымі нэрвовымі хваробамі патрэбны санаторныя і паўсанаторныя ўстановы—здраўніцы, санаторыі і паўсанаторыі з адрывам і без адрыву ад вытворчасьці, дамы адпачынку.

Пры вылічваньні патрэбнай колькасьці санаторных ложкаў трэба выходзіць з таго, што мінімум 5% маючайся колькасьці функцыянальных хворых патрабуюць санаторызацыі (за вылікам алкаголікаў і наркоманаў, якім неабходны з аднаго боку ўстановы зачыненага тыпу, з другога боку працоўныя колёніі), гэта складае лічбы ў 4.440 хворых (5% ад 8.880). Пры ўмове прабываньня санаторнага хворага на ложку на працягу месяца патрабуецца 370 санаторн. ложкаў, пры ўмове, калі частка гэтага роду хворых можа накіроўвацца ў санаторыі толькі на 2 тыдні, лік санаторных месц можа адпаведным чынам быць зьменшаны. Трэба мець на ўвазе, што некаторая частка псыхопатаў, траўматыкаў і наркоманаў пойдзе па лініі псыхіятрычнай сеткі у працоўныя колёніі пры псыхіятрычных больніцах. Колькасьць больнічных ложкаў павінна быць павялічана на 35 ложкаў для алкаголікаў.

Такім чынам на 1937 г. па БССР павінна быць запраектавана *700* больнічных *нэўролёгічных ложкаў* (665 ложкаў для арганікаў і 35 ложкаў для алкаголікаў), з якіх 150 ложкаў павінна быць пры нэрвовых клініках мэдвузаў, акрамя таго *370 санаторных ложкаў*, што у агульнай колькасьці дасьць *1.070 нэрвовых ложкаў* (1 ложка на 5.600 чалавек альбо калі ня ўлічваць клінічных і санаторных ложкаў 1 ложка на 12.000 насельніцтва, павялічэньне ў параўнаньні з 1932 г. у 8 раз, а калі лічыць паасобна—павялічэньне ў 6,2 разы больнічных і ў 12 раз санаторных ложкаў). Вядома, павялічэньне ложка-дня на 1000 чал. насельніцтва і наогул пашырэньне сеткі нэрвова-псіхіятрычнай дапамогі ў БССР у другую пяцігодку ні ў якім разе не залежыць ад павялічэньня захворваемасьці, наадварот яна будзе зьмяншацца, а ад росту культурна-бытавых умоў насельніцтва, на базе разгортваньня соцыялістычнага будаўніцтва—новыя фабрыкі, заводы, МТС, саўгасы, колгасы, ад росту больш кваліфікаванага мэдычнага абслугоўваньня насельніцтва.

Разьмеркаваньне ложкаў больнічных і санаторных

Паказаная колькасьць—1.070 нэрвовых ложкаў можа быць разьмяркована наступным чынам:

а) Па лініі больнічнай ложкавай сеткі

1. У нэрвовых клініках 3 мэдінстытутаў (Менск—100, Гомель—50, Віцебск—50) . . . . . 200 ложкаў

2. Пры Псыханэўролёгічным дыспансэры дыягностычных . . . . 25 „

3. У нэрвовых аддзяленьнях агульна-соматычных больніц шасьці буйных прамысловых гарадоў (Менск, Віцебск, Гомель, Магілеў, Бабруйск, Барысаў) па 25 ложкаў, разам . . . . . 150 ложкаў

4. У нэрвовых аддзяленьнях агульна-соматычных больніц другіх гарадоў, раённых цэнтраў, больніц буйных МТС і савгасаў . . . . . . 240 „

5. У нэрвовых аддзяленьнях дзьвёх больніц для хронікаў па 25 ложкаў, разам . . . . . . 50 „

6. У трох лячэбніцах для алкоголікаў (Менск—15, Гомель і Віцебск па 10 ложкаў), разам . . 35 „

Усяго больнічных ложкаў 700

б) Па лініі санаторнай ложкавай сеткі

1. У трох нэрвовых санаторыях з адрывам ад вытворчасьці па 50 ложкаў . . . . . . 150 ложкаў

2. У начных альбо зьменных санаторыях без адрыву ад вытворчасьці па 25 ложкаў . . . 100 „

3. Пры агульных санаторыях і паўсанаторыях, аддзяленьнях дамоў адпачынку . . . . . 90 „

4. У санаторным аддзяленьні Псыханэўролёгічнага дыспансэру . . . . 30 „

Усяго санаторных ложкаў 370
Больнічных і санаторных ложкаў разам . 1.070

Кадры дактароў *

1. Для абслугоўваньня амбуляторнага і дыспансэрнага прыёму, выходзячы з разьліку 15 хворых на прыём і 276 рабочых дзён у гаду (365 дзён мінус 5 праздн. 72 выхадных 12 дзён адпачынку) на аднаго доктара ў год 4.140 амбуляторных хворых,—на 465.000 амбуляторных наведваньняў неабходна псыханэўролёгаў . . . . 112 дактароў

2. Сюды трэба дадаць:

а) для дапамогі на даму нэрвова-хворым (па ліку 10 гар.) . . . . 10 „

б) для дапамогі на даму псыхічна-хворым (Менск, Віцебск, Гомель, Магілеў, Бабруйск, Барысаў) . . . . 6 „

[1] Бяз уліку сумяшчальнасьці.

в) лёгопэдаў у чатырох гарадох (Менск, Віцебск, Гомель, Магілеў), па два доктары для (дзяцей і дарослых асобна) . . . . 8 „

Усяго: . . 134 дактары

3. Для псыха-гігіенічнай работы:

а) у буйных гарадзкіх поліклініках псыха-гігіеністаў . . . . 31 доктар

б) на буйных здраўпунктах (з колькасьцю рабочых звыш 3.000 чалавек) . . . . 54 „

в) у буйных колгасах і савгасах, поліклініках і здраўпунктах . . . . 60 „

Усяго: . . 145 дактароў

4. Для абслугоўваньня ложкавай больнічнай і клінічнай сеткі, выходзячы з сярэдняга разьліку 1 доктар на 10 клінічных альбо больнічных ложкаў—на 700 нэрвовых ложкаў неабходна 70 дактароў і для загадваньня для 3 нэрвовых клінік, нэрвовага аддзяленьня дыспасэра і 6 больнічных нэрвовых аддзяленьняў . . . . 10 „

Усяго: . . 80 дактароў

5. Для абслугоўваньня ложкавай санаторнай сеткі, выходзячы з разьліку 1 доктар на 25 санаторных ложкаў—на 370 санаторных ложкаў патрэбна . . . . 15 дактароў
Загадчыкаў нэрвовымі санаторыямі . . . 8 „

Усяго: . . 23 дактары

6. Раённых псыханэўролёгаў у буйных раёнах неабходна . . . . 6 „

А ўсяго дактароў псыханэўролёгаў (ня лічачы псыхіятраў у больніцах і колёніях) к канцу другой пяцігодкі па БССР патрабуецца . . 390 чалавек

ПРЫЛАЖЭНЬНЕ.

ПРОЕКТ СЕТКІ ПСЫХАНЭЎРОЛЁГІЧНЫХ УСТАНОЎ У БССР НА ДРУГУЮ ПЯЦІГОДКУ

Стацыянарная (больнічная) сетка

1. Псыхіятрычны комбінат:

а) Псыхіятрычная больніца (з фэрмай і майстэрнямі);

б) Паўсанаторнае аддзяленьне б-цы для лёгкіх форм і паздаравеўшых;

в) Працколёнія:

2. Нэрвовая клініка з нэрвова-хірургічн. аддзяленьнем пры мэдвузе.

3. Псыхіятрычная клініка пры мэдвузе.

4. Нэўролёгічнае аддзяленьне пры буйнай соматычнай больніцы (і інфэкцыйнай).

5. Санаторы для псыханэўротыкаў і пагранічных форм.

6. Нэўра-псыха-гігіенічны санаторы для нэўротыкаў без адрыву ад работы (у гарадох).

7. Санаторнае аддзяленьне для псыха-нэўротыкаў пры:

а) доме адпачынку па лініі Галоўсоцстраху;

б) агульным соматычным санаторыі.

Пазастацыянарная (унебольнічная) сетка

1. Нэўра-псыхагігіеніст на здраўпункце буйнага прадпрыемства (з колькасьцю рабочых у 1.000 і больш), машынатрактарнай станцыі і саўгасе.

2. Псыханэўролёгічны сэктар, аддзяленьне альбо габінэт пры паліклініцы, адзіным дыспансэры з організацыяй консультацыйнай дапамогі на даму.

3. Раённы псыханэўролёг (адміністрацыйная асоба) у складзе буйных гар. альбо райздраўаддзелу.

Сетка для наркоманаў.

1. Нарколёгічны габінэт псыханэўролёг. сэктару буйнай гарадзкой паліклінікі (альбо аддз. дыспансэру).

2. Лячэбна-працоўная колёнія пры псыхіятрычным комбінаце (для добраахвотнага лячэньня).

3. Вытрэзьвіцелі ў буйных гарадох па лініі Наркамвнудзелу.

4. Лячэбніца для алкоголікаў і наркоманаў.

5. Лячэбна-працоўная колёнія па лініі Наркомюсту (для прымусовага лячэньня).

Судова-псыхіятрычная сетка

1. Псыханэўролёгічнае аддзяленьне пры больніцы, мейсца заключэньня.

2. Судовы псыхіятр-экспэрт у буйных раёнах.

3. Судова-псыхіятрычны сэктар пры Ін-це судова-мэдычнай экспэртызы.

4. Аддзяленьне для лячэньня псыхічна-хворых праванарушыцеляў пры псыхіятрычным комбінаце.

Вайсковая псыханэўролёгічная сетка.

1. Нэўрапсыхагігіеніст пры вайсковай частцы (палку альбо дывізіі).

2. Псыханэўролёгічны габінэт пры вайсковай паліклініцы.

3. Псыханэўролёгічнае аддзяленьне пры вайсковым шпіталі.

4. Бронь месц для Чырвонай арміі па ўсім зьвеньням псыха-нэўролёгічнай сеткі.

Псыханэўролёгічная сётка для дзяцей і падлеткаў (АЗД і П)

1. Пэда-псыха-нэўролёг пры здраўпункце буйнага прадпрыемства (ад 3.000 чал. і вышэй) з асноўнай работай пры ФЗУ.

2. Дзіцячы псыханэўролёгічны прыём пры паліклініцы альбо дзіцячым дыспансэры.

3. Дзіцячае аддзяленьне працоўнай колёніі псыхіятрычн. комбінату.

4. Дзіцячае аддзяленьне больніцы псыхіятрычнага комбінату і нэрвовай клінікі.

5. Дзіцячая палата пры нэўролёгічным аддзяленьні буйнай соматычнай больніцы.

6. Лячэбніца-школа для эпілептыкаў.

7. Школа-санаторы для псыханэўротыкаў і лёгкіх псыхопатаў.

8. Нэўра-псыха-гігіенічны санаторы для дзяцей нэўротыкаў з адрывам ад вучобы.

9. Паўсанаторыі для дзяцей нэўротыкаў без адрыву ад вучобы.

10. Дом для слабаразумовых дзяцей па лініі Наркамсабезу.

11. Дапаможная школа для дэбілаў па лініі НКАсьветы.

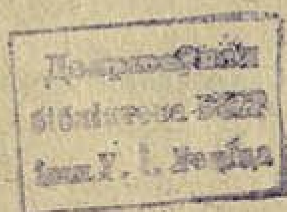
12. Псыхагігіенічныя консультацыі ў піянэрлягэрах.

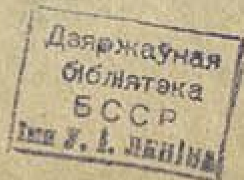


ЗЬМЕСТ

Стар.

ПРЫЛАЖЭНЬНЕ





Друкарня Беларускай Акадэміі Навук. Менск, Няміга, 7.
Галоўлітбел № 1793. Зак. № 993. Тыраж 750 экз. 5¼ арк.

5.000

Цана 1 р. 50 к.

